

Näyttöön perustuva haavanhoito

Toimintaohje kroonisen haavan hoitoon tehostetun palveluasumisen yksikössä

Heini Tarvainen

Opinnäytetyö

Lokakuu 2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sairaanhoitaja (AMK), hoitotyön tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Tarvainen, Heini	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 03.10.2016
	Sivumäärä 56	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Näyttöön perustuva haavanhoito Toimintaohje kroonisen haavan hoitoon tehostetun palveluasumisen yksikössä		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (AMK), hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) Jaana Perttunen		
Toimeksiantaja(t) Äänekosken kaupunki. Sumiaiskoti.		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa haavanhoito – ohje, johon on kerätty tietoa tyypillisimmistä haavoista, niiden hoitamisesta sekä erilaisista käytössä olevista haavanhoitotuotteista. Lisäksi ohjeessa on tietoa haavakivun hoitamisesta sekä haavanhoidon kirjaamisesta. Tavoitteena on auttaa henkilökuntaa toteuttamaan vanhuspalveluiden asukkaalle laadukasta, oikea-aikaista, kivutonta, yhtenäistä ja taloudellista haavanhoitoa. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen tehtiin toimintaohjeet kroonisen haavan hoitoon tehostetun palveluasumisen yksikössä. Aineistona käytettiin suomalaisia artikkeleita ja tutkimuksia sekä käypä hoito suosituksia. Toimintaohjeet tehtiin lineaarista mallia soveltaen. Hyvässä haavanhoidossa ensisijaisen tärkeää on haavojen ennaltaehkäisy. Hoitajan tulee tunnistaa haavan syntymekanismi ja millä toimilla pystytään ehkäisemään haavojen syntymisen. Itse haavanhoidossa tulee tietää haavan paranemisprosessi ja se, millä keinoilla haava saadaan paranemaan mahdollisimman nopeasti. Haavan kroonistuessa tulee myös huomioida taloudellisuus. Haavanhoitotuotteiden tulee olla samanaikaisesti sekä tarkoituksenmukaisia että edullisia. Hyvään haavanhoitoon kuuluu myös haavakivun tunnistaminen ja hoito. Haavanhoidon tulee olla kivutonta. Myös kirjaamisella on iso merkitys haavanhoidossa. Yhdenmukaisten kirjaamiskäytänteiden myötä haavanhoito yhtenäistyy ja tieto kulkee paremmin hoitajalta toiselle.		
Avainsanat (asiasanat) krooninen haava, haavanhoito, haavakipu, rakenteinen kirjaaminen		
Muut tiedot		

Author(s) Tarvainen, Heini	Type of publication Bachelor's thesis	Date 03.10.2016
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 56	Permission for web publication: x
Title of publication Evidense-based wound care Instructions for treating chronic wounds in a unit of intensified service housing		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Perttunen, Jaana		
Assigned by Äänekoski City. Sumiaiskoti.		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to produce wound care instructions that would be a collection of information about the most typical wounds, their care and the different wound care products currently in use. In addition, these instructions contain information about treating wound pain and the documentation of wound care. The aim was to help the personnel to provide the residents of elderly care centres with good quality, well-timed, painless, uniform and economical wound care.</p> <p>The thesis was carried out as a literature review. The instructions for treating chronic wounds in a unit of intensified service housing were based on the review. Finnish articles, studies and the Current Care Guidelines were used as materials for the thesis. The instructions were compiled by applying a linear model.</p> <p>In good wound care, the prevention of a wound is of primary importance. A nurse must recognize the formation mechanism of a wound and know which measures can be taken to prevent the wounds from forming. In wound care itself, it is essential to know the healing process of a wound and the correct methods that can be used to make the wound heal as quickly as possible. If a wound becomes chronic, it is also important to take economic efficiency into account. Wound care products should be simultaneously well-adapted for their purpose and inexpensive.</p> <p>Good wound care also includes recognizing wound pain and its treatment. Wound care should be painless. Documentation is also an important part of wound care. With uniform documentation practices wound care becomes standardised, and information is better transmitted from one nurse to another.</p>		
Keywords/tags (subjects) chronic wound, wound care, wound pain, structured documentation		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Haavan paraneminen	5
3	Haava	6
3.1	Akuutti ja krooninen haava	6
3.2	Laskimoperäinen alaraajahaava	7
3.3	Painehaava	7
3.4	Diabeettinen jalkahaava.....	8
4	Haavanhoito	8
4.1	Ennaltaehkäisy	8
4.2	Aseptinen työskentely.....	10
4.3	Paikallishoito.....	11
4.4	Haavasidokset.....	12
4.5	Haavakivunhoito	13
4.6	Kirjaaminen.....	14
5	Millainen on hyvä ohje	16
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	17
7	Opinnäytetyön toteutus	17
7.1	Opinnäytetyön taustaa	17
7.2	Opinnäytetyön menetelmät	18
7.3	Aineiston keruu ja analysointi	19
7.4	Opinnäytetyön eteneminen	23
8	Pohdinta.....	23
8.1	Tutkimustulokset	24
8.2	Eettisyys ja luotattavuus	25
8.3	Jatkokehittäminen	26
	Lähteet.....	27
	Liitteet	30

Liite 1. Haavanhoito-ohje.....	30
--------------------------------	----

Kuviot

Kuvio 1 Ihon rakenne	5
Kuvio 2 Hoitotyön prosessin vaiheet (Mukaillen Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007)	15
Kuvio 3 Lineaarinen malli (Mukaillen Toikko & Rantanen 2009).	19

1 Johdanto

Haavaksi kutsutaan ehjän ihon tai sen alla olevan kudoksen rikkoutumista. Haava aiheutuu joko ulkoisen tekijän tai sisäisen sairauden synnyttämänä. Krooniset haavat ovat pitkäkestoisia sekä vaikeasti hoidettavia ja niiden hoitaminen muuttuu helposti kalliiksi ongelmaksi. Tällaisia haavoja ovat erityisesti erilaisiin sairauksiin liittyvät haavat sekä tiettyihin ulkoisiin tekijöihin liittyvät krooniset haavat. (Juutilainen 2013, 12.)

Nykyisin väestöstämme noin prosentti sairastaa kroonista alaraajahaavaa. Sairaala- ja laitospotilailla jopa 5 – 15 %:lla on jonkin asteinen painehaava. (Juutilainen 2013, 12.) Diabeetikoista noin 20 % saa elämänsä aikana jalkahaavan (Juutilainen 2016, 23). Tulevaisuudessa väestön ikääntyminen ja diabeteksen sekä ylipainoisuuden lisääntyminen aiheuttavat sen, että kroonisten haavojen esiintyminen tulee lisääntymään. Merkittävimpiä haavoja ovat juuri laskimoperäinen alaraajahaava, painehaava ja diabeetikon jalkahaavat. (Juutilainen 2013, 12.)

Yhteiskunnan kannalta krooniset haavat ovat taloudellinen ongelma. On arvioitu, että länsimaissa haavan hoitoon kuluu 2 – 5 % terveydenhuollon määrärahoista. Kulut tulevat kasvamaan haavapotilaiden määrän lisääntyessä jatkuvasti. Vaikka haavanhoidotuotteet ovatkin kalliita, niin suurin osa kuluista koostuu kuitenkin hoito-henkilökunnan palkkakustannuksista. (Juutilainen 2013, 14.)

Tällä hetkellä potilaan hoidon kirjaamisen sisältö on usein hyvin epätarkkaa ja epäyhtenäistä. Parannuskeinona tähän on rakenteellisen kirjaamisen käyttöönotto sekä koulutukseen panostaminen. Rakenteellisen kirjaamisen avulla pystytään osoittamaan tehtyjen hoitotyön toimintojen tuottama hyöty potilaalle ja tuomaan esille tehty työ. (Kinnunen 2016, 7.)

Haavakipua on kipua joko suoraan haavassa tai sen ympäristössä. Kipua tulee hoitaa, sillä hoitamattomana se voi hidastaa haavan paranemista. Kipu luokitellaan liikekipuun, toimenpidekipuun ja taustakipuun. Haavakivun erilajit tulee tunnistaa, jotta kipua pystytään hoitamaan mahdollisimman hyvin. (Salanterä 2011, 30.)

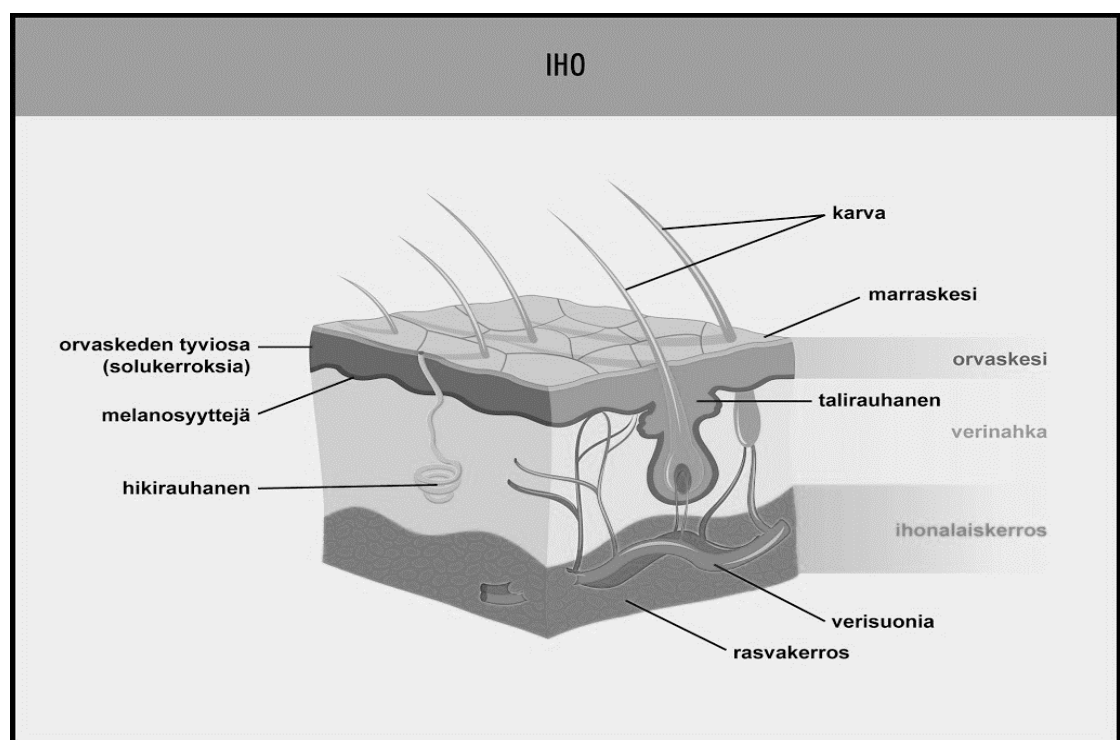
Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa haavanhoito – ohje, johon on kerätty tietoa tyypillisimmistä haavoista, niiden hoitamisesta sekä erilaisista käytössä olevista haavanhoitotuotteista. Lisäksi ohjeessa on tietoa haavakivun hoitamisesta sekä haavanhoidon kirjaamisesta. Tavoitteena on auttaa henkilökuntaa toteuttamaan vanhuspalveluiden asukkaalle laadukasta, oikea-aikaista, kivutonta, yhtenäistä ja taloudellista haavanhoitoa.

Ohjeen sisältö on rajattu kehittämisympäristön tarpeiden mukaan. Haavoista tarkastellaan painehaavaa, laskimoperäistä alaraajahaavaa sekä diabeetikon jalkahaavaa. Haavanhoitotuotteista esille on nostettu tuotteet, jotka ovat heillä käytössä.

2 Haavan paraneminen

Iho on ihmisen suurimpia elimiä. Se muodostaa rajapinnan elimistön ja ulkomaailman välillä. Pinta-alaltaan iho on aikuisella noin 1,5–2,0 m² ja sen paksuus keskimäärin 2-3 mm. Ihon paino on noin 15 % ihmisen kokonaispainosta. (Lagus 2013, 16.) Sen tehtävänä on lisäksi myös muun muassa ilmoittaa kipua tuottavista ärsykkeistä, aistia ihon ulkopuolinen lämpötila ja sopeutua siihen sekä osallistua immuunipuolustukseen (Leppäluoto 2012, 65).

Iho (Kuvio 1) voidaan jakaa kahteen eri osaan. Uloimpana on **orvaskesi eli epidermis** ja sen alapuolella on **verinahka eli dermis**. Näiden välissä on tyvikalvo eli basaalmembraani, joka kiinnittää kerrokset toisiinsa. Verinahan alla on rasvasoluista ja niitä tukevista verisuonista koostuva ihonalaiskudos eli subcutis. (Lagus 2013, 16.)



Kuvio 1 Ihon rakenne (Peda.net)

Orvaskesi on ihon uloin osa ja muodostaa vesitiiviin suojan ulkomaailmaan. Verinahan tehtävänä on vastata ihon mekaanisesta kestävyydestä ja joustavuudesta. Se

myös huolehtii orvaskeden hapen ja ravinnon saannista. Verinahkassa on lisäksi karvatupia sekä hiki- ja talirauhasia. (Lagus 2013, 16.)

Haavan paraneminen voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: **tulehdusreaktiovaihe**, **korjaus- eli rakennusvaihe** sekä **muokkausvaihe**. Tulehdusvaiheessa valkosolut poistavat haavalta kuollutta kudosta sekä mahdollista vierasmateriaalia. Korjausvaiheessa haavalle alkaa muodostua epiteelisoluja, uudisverisuonia, uutta sidekudosta ja haava kuroutuu umpeen. Haavan katsotaan parantuneen silloin, kun ihon pinnallisin kerros eli epiteelisolut ovat peittäneet haavan pinnan. Haavan paraneminen ei kuitenkaan pysähdy siihen, vaan se jatkuu muokkausvaiheena vielä jopa kahden vuoden ajan. Muokkausvaiheessa haava arpeutuu. (Lagus 2013, 29–37.)

3 Haava

3.1 Akuutti ja krooninen haava

Haavat jaotellaan niiden syntymekanismin tai ulkoisen olemuksen perusteella. **Akuuttista haavasta** puhutaan silloin, kun haava on syntynyt jonkin ulkoisen fyysisen voiman vaikutuksesta. Yleisimmin aiheuttajana on kitka ja hankaus, terävä leikkaava mekanismi tai kudoksia repivä tai ruhjova tylppä tai venyttävä voima. Myös palo- ja paleltumavammat sekä kemikaalien aiheuttamat syöpymävammat ja säteilyn aiheuttamat ihovauriot luetaan akuuteiksi haavoiksi. (Juutilainen & Hietanen 2013, 26.)

Kun haava on ollut avoimena yli kuukauden ajan, se muuttuu **krooniseksi haavaksi**. Kroonisissa haavoissa on tyypillistä se, että ulkoisen tekijän lisäksi on myös jokin elimistön sisäinen sairaus osatekijänä haavan syntymiseen. Tästä syystä esimerkiksi painehaavat ja diabeetikon jalkahaavat lasketaan jo syntyessään krooniseksi haavoiksi. (Juutilainen 2013, 26–28.) Yleisimpiä kroonisia haavoja ovat säärihaavat, painehaavat ja diabeetikon jalkahaavat. Tyypillistä on myös se, että ne sijaitsevat säären ja jalkaterän alueella. Haavat ovat pitkäkestoisia, kivuliaita ja ne uusiutuvat helposti. (Iivanainen 2010, 6.)

3.2 Laskimoperäinen alaraajahaava

Kroonisista alaraajahaavoista noin 80 % on peräisin laskimoiden vajaatoiminnasta. Vajaatoiminta syntyy silloin, kun ihon ja ihonalaiskudoksen laskimoissa vallitsee yli-paine. Ylipaineen voi aiheuttaa refluxi eli takaisinvirtaus syvissä laskimorungoissa, pinalaskimorungoissa tai näitä yhdistävissä yhdyslaskimoissa, tukos laskimossa tai laskimopumpun toimimattomuus. (Vikatmaa 2012, 6.)

Laskimoperäinen alaraajahaava sijaitsee yleensä säären alakolmanneksen alueella. Tällä alueella laskimopaine on korkein. Usein iho ja ihonalaiskudos ovat pigmentoitunutta, paksuuntunutta ja kovettunutta, raaja on myös turvonnut. Yleisesti haava on hyvin pinnallinen, eikä se ulotu luuhun tai jänteisiin. Haavapohja on granuloivaa eli haavalle muodostuu jyväiskudosta. (Vikatmaa 2013, 266–267.)

3.3 Painehaava

Painehaava on useimmiten paikallinen, luu-ulokkeen kohdalla esiintyvä ihon ja/tai ihonalaiskudoksen vaurio. Vaurio syntyy kun kudokseen kohdistuu painetta tai venytystä tai näitä molempia. Painehaavoja esiintyy keskimäärin 2-40 %:lla sairaalapotilaista, mutta niitä esiintyy myös terveyskeskusten vuodeosastoilla, vanhainkodeissa sekä kotihoidon asiakkailla. Riskiryhmään kuuluvat erityisesti vanhukset ja henkilöt, joiden liikuntakyky on alentunut joko pysyvästi tai hetkellisesti tai heillä on jokin sairaus, joka heikentää kykyä kestää painehaavan syntyä. Painehaavoja pidetään kroonisina haavoina ja niiden synty liitetään usein hoidon laatuun ja perus- sekä asento-hoidon puutteellisuuteen. (Soppi 2010, 261.)

Useimmiten painehaavat ovat ennalta ehkäistävissä, mikäli tunnetaan yksilölliset painehaavariskiä lisäävät tekijät. Ennalta ehkäisyn menetelmiä ovat haavariskin arviointi, ihon kunnon ja ravitsemustilan arviointi ja hoito sekä erikoisapuvälineet ja asentohoito. Paineen poistaminen on kaikista tärkeintä ennaltaehkäisyssä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 312.)

3.4 Diabeettinen jalkahaava

Diabeettinen jalkahaava määritellään yleisesti IWGDF:n (International Working Group on the Diabetic Foot) määritelmän mukaan. Jalkahaavana pidetään kaikkia ihon läpäiseviä, nilkan alapuolella sijaitsevia haavoja sellaisilla henkilöillä, jotka sairastavat diabetesta. (Lahtela 2010, 15.) Suomessa diabeetikkoja on tällä hetkellä noin 500 000 ja heistä liki 20 % saa elämänsä aikana jalkahaavan. Jalkahaavan saaneista noin 20 % päättyy alaraaja-amputaatioon. (Juutilainen 2016, 23.)

Usein diabetekseen liittyy perifeerinen neuropatia sekä alaraajan verenkiertosaire. Tästä syystä jalkaan tulevan trauman seurauksena syntyy usein vaikeasti paraneva haava. Diabetes aiheuttaa myös suurentunut riskin haavan infektoitumiselle, joka puolestaan voi johtaa jalan amputaatioon. Haavan paranemiseen vaikuttavat systeemiset ja paikalliset tekijät. Systeemisiä tekijöitä ovat hyperglykemia, perifeerinen neuropatia sekä perifeerinen verenkiertosaire. Paikallisia tekijöitä ovat puolestaan kudoksen huono hapetus, toistuva trauma ja haavassa oleva kuollut kudos. (Hietanen 2009, 10.)

4 Haavanhoito

4.1 Ennaltaehkäisy

Haavojen hoidossa ennaltaehkäisyllä on kaikista suurin merkitys. Ihmisen elämänlaatu paranee ja hoitoon liittyvät kustannukset vähenevät, mikäli haavojen synty pystytään estämään ja hoito aloittamaan jo varhaisessa vaiheessa. (Juutilainen & Hietanen 2013, 388.)

Laskimoperäisen alaraajahaavan ennaltaehkäisy perustuu riskitekijöiden hallintaan. Haava syntyy usein laskimoiden vajaatoiminnan seurauksena. Vajaatoimintaa voidaan hoitaa joko kirurgisesti, jolloin pintalaskimot poistetaan tai konservatiivisesti kompressiohoidolla. Kompressio- eli puristushoidossa jalat joko sidotaan tarkoituk-

senmukaisilla sidoksilla tai käytetään lääkinällisiä hoitosukkia. Kompressiohoidon tarkoituksena on ehkäistä turvotusta. Hyvä laskimotukoksen ennaltaehkäisy vähentää osaltaan myös laskimoperäisen alaraajahaavan syntyä. Tukosten ehkäisyyn käytetään lääkinällisiä menetelmiä. Ylipainoisilla riski laskimoiden vajaatoimintaan kasvaa. Laihduttaminen auttaa tämän riskitekijän hallinnassa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Painehaavariskissä olevan potilaan ihon kuntoa tulee arvioida päivittäin. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää, mikäli potilaalla on virtsan- ja/tai ulosteen pidätyskyvyttömyyttä, lääkinällinen laite tai hänen liikuntakykynsä on alentunut. Iho tulee pitää puhtaana ja kosteustasapaino normaalina. Pidätyskyvyttömyyden hallinnalla saadaan vähentää riskiä painehaavan syntymiselle. On myös tärkeää huomioida, miten potilaan makuu- tai istuinalusta vaikuttaa ihon kosteuden ja lämpötilan kanssa. Liika lämpö heikentää paineensietokykyä ja kosteus vaurioittaa ihoa. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

Potilaan ravitsemustilaa tulee arvioida luotettavalla seulontamenetelmällä. Tällaisia ovat esimerkiksi NRS 2002 tai MNA-menetelmä. Arviointi tulee tehdä kaikille sellaisille potilaille, joilla on painehaavariski tai hänen terveydentilassa tapahtuu merkittävä muutos. Painehaavan ennaltaehkäisyssä energian, proteiinin, arginiinin sekä hivenainesten saanti ravinnosta on kaikista tärkeintä. Lisäksi tulee huolehtia, että potilas saa riittävästi nesteitä. Tarvittaessa ravitsemusta voi täydentää kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

Potilaan, jolla on painehaavariski, asentohoidosta tulee huolehtia. Tässä huomioidaan myös hänen oma liikuntakyky ja aktiivisuus sekä ihon kunto ja kudosten paineen sieto. Jos potilaan asentoa ei pystytä vaihtamaan, käyttöön otetaan painetta jakava makuualusta. Asentohoidolla pyritään vähentämään tai jakamaan kudoksiin kohdistuvaa painetta. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

Diabeettisen jalkahaavan ennaltaehkäisyssä jalkojen omahoito on ensiarvoisen tärkeää. Omahoitoon kuuluu jalkahygienia, jalkavoimistelu sekä oikeanlaiset kengät ja sukat. Jalat pestään joka ilta joko pelkällä vedellä tai miedolla saippualla ja kuivataan huolellisesti. Kuivaamisen jälkeen jalat rasvataan neutraalilla perusvoiteella hieromalla erityisesti ongelmakohtiin. Varpaankynnet leikataan kahden viikon välein. Kynsiä ei saa leikata liian lyhyiksi. Jalkavoimistelulla lisätään jalkaterän pikkulihasten voimaa ja ylläpidetään nivelten liikkuvuutta. Hyviä liikkeitä ovat muun muassa nilkan koukistaminen ja ojentaminen sekä varpaiden harittaminen. (Ilanne-Parikka 2015, 218–219.)

Jalkojen ihon kuntoa tulee seurata päivittäin. Erityisesti silloin, jos jalkojen verenkierto on heikentynyt, jalat ovat tunnottomat tai niissä on virheasento. Seurannan tarkoituksena on varmistaa, että jalkoihin ei ole tullut haavaa, rakkuloita, ihonsisäisiä verenvuotoja tai tulehdusta. (Ilanne-Parikka 2015, 219–220.)

Kenkien valinnassa on kiinnitettävä huomiota siihen, että kengät eivät ole liian ahtaita. Sopiva pituus on 1,0–1,5 cm jalkaterää isompi ja leveys joko varpaiden kohdalta yhtä leveä tai korkeintaan 1,0 cm isompi. Kengänpohjan tulee olla paksuudeltaan noin 2,0 cm, tukeva, mutta kuitenkin tarpeeksi joustava. Sukkien puolestaan tulee olla täysin sopivia. Ne eivät voi olla liian pieniä tai liian suuria. Liian pienet sukat kiristävät ja liian suuret puolestaan menevät ryppyyn ja aiheuttavat herkästi rakkoja. Sukan resori ei saa kiristää. Materiaaliltaan sukan tulee olla hengittävä ja pehmeä. Sukissa ei saa myöskään olla paksuja saumoja sisäpinnalla. (Ilanne-Parikka 2015, 220.)

4.2 Aseptinen työskentely

Aseptiikalla tarkoitetaan niitä kaikkia hoitotyön menetelmiä, joilla pyritään ehkäisemään infektion syntyminen. Aseptisestä työjärjestyksestä puhutaan silloin, kun työt suunnitellaan tehtäväksi puhtaasta likaiseen. (Lindholm 2015, 18.) Ensin hoidetaan sellaiset potilaat, joilla on puhtaita haavoja ja viimeisenä potilaat joilla on infektoituneet haavat. Potilaalla voi olla myös eri puhtausluokan haavoja. Silloin hoidetaan puhtaimmat ensin kontaminaation välttämiseksi. (Kanerva & Tenhunen 2013, 115.)

Käsihygienia käsittää kaikki ne toimet joilla estetään mikrobien siirtymistä henkilökunnan välityksellä ympäristöstä tai potilaasta toiseen. Alkoholipitoinen desinfiointiaine on tehokasta, nopeaa ja käsille ystävällistä. Desinfektion tarkoituksena on poistaa käsiin väliaikaisesti joutuneet mikrobit. Hyvään käsihygieniaan kuuluu myös käsien ihon hoito. Ihon tulee olla terve, ehyt ja kimmoisa. Näin saadaan paras mahdollinen suoja mikrobeja vastaan. (Kanerva & Tenhunen 2013, 115–116.)

Työvaatteet kontaminoituvat erittäin herkästi potilastyössä. Mikrobit säilyvät hengissä vaatteissa niin kauan, että tartunta on mahdollista. Työasussa tulee olla lyhyet hihat, koska pitkät hihat siirtävät herkästi bakteereja potilaasta toiseen. Työvaate tulee vaihtaa riittävän usein, jopa päivittäin, jotta aseptiikka toteutuu. (Lindholm 2015, 18.)

Haavanhoidossa käytettävät **välineet** ovat yleensä monikäyttöisiä sekä steriilejä. Haavanhoidossa voidaan käyttää myös kertakäyttöisiä välineitä kuten kyretti ja kirurginen veitsi. Näitä välineitä ei koskaan steriloida uudestaan vaan ne hävitetään särämästioihin. Monikäyttöiset instrumentit puhdistetaan heti käytön jälkeen asianmukaisella tavalla. (Korhonen 2015, 40.)

Suojaimina haavanhoidossa käytetään suojakäsineitä ja esiliinaa sekä suusuojaainta. Suojakäsineet suojaavat sekä potilasta että hoitajaa ja niitä käytetään aina haavanhoidossa. Kroonisten haavojen hoitamisessa tulee käyttää lateksi- tai nitrilikäsineitä, koska tuolloin ollaan kosketuksessa eritteiden ja veren kanssa. Kertakäyttöistä esiliinaa käytetään suojaamaan työvaatteita likaantumiselta. Suusuoja-in ehkäisee hoitajan suusta siirtyvien mikrobien pääsyä potilaan avoimeen haavaan. (Lindholm 2015, 18–19.)

4.3 Paikallishoito

Paikallishoidon tavoitteena on puhdistaa haava ja luoda haavalle sellainen ympäristö, missä paraneminen on mahdollista (lämpö, kosteus ja pH). Lisäksi paikallishoito suojaa haavaa kontaminaatioilta. Haavan tavoitelämpö on kehon lämpö, ei periferian lämpötila. Haavan jäähtyttyä paraneminen hidastuu. Haavan tulee olla kostea, mutta

liika kosteus hautoo haavan reunoja. Liiallinen kuivuus puolestaan hidastaa tai pysäyttää haavan paranemisen. Puhtaan haavan hoitoväli voi olla useita päiviä. Nekroottinen, katteinen, infektoitunut tai runsaasti erittävä haava hoidetaan useammin. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Mekaanisessa puhdistuksessa haavasta poistetaan kuollut ja infektoitunut kudos sekä haavan päällä oleva biofilmi. Apuvälineinä käytetään pinsettejä, veistä, kyrettä ja saksia. Haavan huolellinen puhdistaminen edistää haavan paranemista. Mekaanisen puhdistuksen jälkeen haava huuhdellaan kunnolla. Yksi puhdistus kerta ei yleensä riitä, vaan puhdistaminen toistetaan ainakin muutamia kertoja parin päivän välein. Näin ollen granulaatiokudoksen kasvu mahdollistuu. (Tuliranta 2014, 6-8.)

Entsymbaattista puhdistusta käytetään mekaanisen puhdistuksen tukena. Haavaympäristön tulee olla kostea. Entsyyminenvalmisteita ovat kollageenaasi- ja streptokinaasi-valmisteet. Kollageenikinaasivalmiste pilkkoo kollageenia, mikä pitää kuolleen kudoksen kiinni terveessä kudoksessa. Streptokinaasivalmiste puolestaan liuottaa verihyytymiä ja hajottaa fibriiniä, nekroottisen kudoksen saostumia ja tulehdusneste- ja märkäkertymiä. (Ahonen 2013, 328.)

Autolyttista puhdistusta käytetään myös mekaanisen puhdistuksen tukena. Kosteassa ympäristössä okklusion alla kudos hajoaa luonnollisesti. Puhdistuksessa käytetään hydrogeeliä, joka estää autolyttista hajoamista. Hydrogeelin päälle laitetaan sidos, mikä pitää hydrogeelin haavalla. (Ahonen 2013, 328.)

4.4 Haavasidokset

Haavasidoksen tehtävänä on suojata haavaa ulkopuolelta tulevalta liialta, kosteudelta ja mekaaniselta ärsytykseltä. Se myös estää haavaa infektoitumasta ja vähentää bakteerikasvua haavalla. Sidokset tukevat haavan puhdistumista infektoituneesta kudoksesta, katteesta sekä eritteestä. Lisäksi ne luovat haavan paranemiselle suotuisan ympäristön, haavalla on sopiva happamuus, kosteus ja lämpö. Tuotteet eivät saa vaikeuttaa verenkiertoa haavalla eivätkä sen ympäristössä eivätkä ne saa allergisoida. (Korhonen 2012, 18.)

Haavasidokset luokitellaan pääasiassa niiden geneerisen nimen perusteella. Geneerinen nimi ilmaisee sidoksen päävalmistusaineen. Näin ollen haavasidokset pystytään tunnistamaan samantyyppisiksi ja sidoksen valinta helpottuu. Potilaalle annettavassa haavanhoito-ohjeessa käytetään vain geneerisiä nimiä. Tietyn tuotteen hankkiminen voi olla hankalaa ja kallista, mutta saatavilla saattaa olla edullinen rinnakkaisvalmiste. (Hietanen 2013, 138–140.)

4.5 Haavakivunhoito

Kipu haavassa on osa normaalia haavan paranemisprosessia. Alkuvaiheessa kudovaurio ja tulehdusreaktio aiheuttavat kipua. Kroonisissa haavoissa kipu voi johtua hermovaurioista. (Malmgren & Konttinen 2013, 91.) Käsittelykipua aiheutuu haavan hoitaminen. Kipua aiheuttaa mekaaninen puhdistaminen sekä haavaan kiinni tarttuneet sidokset, jos ne poistetaan ilman kostuttamista. (Salanterä & Danielsson-Ojala 2011, 30.) Käsittelykipua pyritään vähentämään käyttämällä paikallisesti annosteltavia puudutteita (Malmgren & Konttinen 2013, 97).

Kivunhoidon tavoitteena on taata potilaalle tehokas ja turvallinen kivunhoito. Onnistuneen kivunhoidon myötä potilas selviää arjen toimista, saa riittävästi lepoa, pystyy liikkumaan ja haavanhoito onnistuu kivuttomasti. Lisäksi hyvä kivunhoito edistää toipumista ja vähentää komplikaatioita. (Malmgren & Konttinen 2013, 93–94.)

Kivunhoitoa toteutetaan sekä lääkkeettömästi että kipulääkkeillä. Lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat muun muassa asentohoito, sidosmateriaalien oikea valinta, rentoutus- ja mielikuvaharjoitukset. Lääkinnällisessä kivunhoidossa käytetään esimerkiksi tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia sekä opioideja. (Malmgren & Konttinen 2013, 94–95.)

Lähtökohta kivun arvioinnissa on aina potilaan oma näkemys kivusta. Hoitajan tehtävänä on selvittää kivun sijainti, ajankohta sekä voimakkuus. Kivun arvioinnin apuvälineenä voidaan käyttää mittareita, joilla kipua voidaan luotettavasti mitata. Mittarit ovat joko visuaalisia, numeerisia tai sanallisia. Kipumittari valitaan sen mukaan miten

potilas kykenee kipuaan arvioimaan. Kivun arvioinnin tulee olla säännöllistä ja jatkuvaa. (Malmgren & Kontinen 2013, 91–92.)

4.6 Kirjaaminen

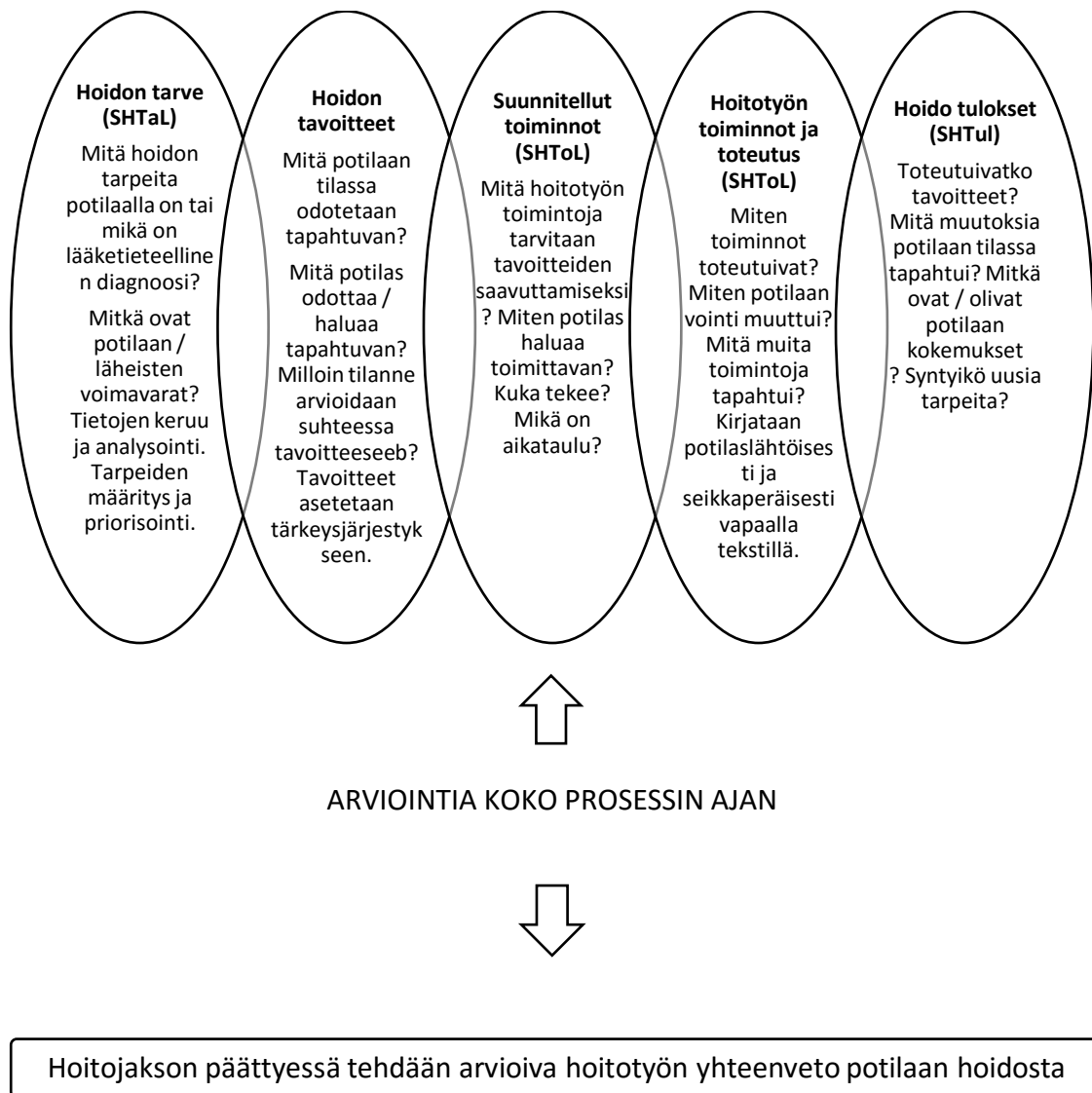
Jotta haavanhoidon kirjaaminen olisi hyvää, tulee hoitajan tietää ihon anatomia ja fysiologia, haavan syntyyn vaikuttavat tekijät, haavanhoidon tavoitteet sekä tuntea haavan paranemisen vaiheet. Huomioon on otettava myös potilaan perussairaudet, turvotukset, infektiot, ravitsemustila sekä haavan sijainti, koko ja ulkonäkö. Tärkeää on myös seurata haavan vuotoa ja erittämistä. (Iivanainen 2012, 342–348.)

Haavanhoidon kirjaamisen tarkoituksena on kuvata haavan paranemisprosessia kirjallisesti tai kuvallisesti mahdollisimman tarkasti siten, että kaikkien haavan hoitamiseen osallistuvien on helppo löytää suunnitteluun ja seurantaan tarvittavat tiedot. Kirjaamisen tulee olla jatkuvaa. (Juutilainen & Hietanen 2013, 69.)

Haavanhoidon laadukas ja oikea-aikainen kirjaaminen kuuluu osaksi potilasturvallisuutta. Kirjaamisen merkitys korostuu erityisesti siinä vaiheessa, kun hoitovastuu siirtyy ammattilaiselta toiselle. Kirjaaminen on myös osa hiljaista raportointia. Riittämätön, virheellinen ja väärään aikaan tehty kirjaus, kirjaamattomuus sekä tiedon siirtymättömyys vaarantavat potilasturvallisuutta. (Haatainen 2015, 11.)

Nykysuositusten mukaan hoitotyössä käytetään rakenteista kirjaamista. Kirjaamisen perustana on **FinCC** (Finnish Care Classification). FinCC koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (**SHTaL**), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (**SHToL**) ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (**SHTuL**). Tarve- ja toimintoluokituksessa on kolme tasoa: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tuloluokitus puolestaan on kolmiportainen: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Näiden luokitusten lisäksi potilaasta kirjoitetaan myös vapaamuotoista tekstiä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Kirjaamisen osa-alueita (Kuvio 2) ovat hoidon tarve, hoidon tavoitteet, suunnitellut toiminnot, hoitotyön toiminnot ja toteutus sekä hoidon tulokset (Iivanainen 2012, 15).



Kuvio 2 Hoitotyön prosessin vaiheet (Mukaillen Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007)

Rakenteisen kirjaamisen avulla haavanhoidon kirjaaminen on tullut laadukkaammaksi. Esimerkiksi potilaan haavan tila kuvataan paremmin kuin aikaisemmin. Hoitajien taidot ovat parantuneet hoitotyön diagnoosien, hoidon tavoitteiden ja hoitotoimintojen kirjaamisessa potilastietoihin. Lisäksi rakenteisen kirjaamisen myötä aikaa kuluu vähemmän. (Kinnunen 2013, 65.)

5 Millainen on hyvä ohje

Hyvä ohje palvelee tietyn yksikön henkilökuntaa ja potilaita. Sen lähtökohtana ovat hoitotyön tarpeet ja haasteet. Tietylle yksikölle tehdyn ohjeen tarkoituksena on ohjata henkilökuntaa toimimaan hyvinä ja tarkoituksenmukaisina pitämien mallien mukaisesti. Ohjetta kirjoitettaessa tuleekin pohtia, kenelle ohjetta kirjoitetaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–35.) Ohjeen kirjoittamisessa tulee myös tunnistaa, mitä henkilökunta jo tietää, mitä he haluavat tietää ja mitä heidän täytyy tietää. Nämä asiat tulee selvittää ennen ohjeen tekemistä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47.)

Ohjeen kielen tulee olla ymmärrettävää. Sitä kieltä, mitä hoitohenkilökunta arjessaan käyttää. Ammattislangi ja murre ovat ohjeen kirjoittamisessa sallittuja. Jotta viesti tulee varmasti ymmärretyksi, kannattaa kirjoituskielenä kuitenkin käyttää selkeää yleissuomea. (Rentola 2008, 96.)

Myös sillä on merkitystä, kenen näkökulmasta ohjetta kirjoitetaan: kollegan, auktoriteetin, kanssakulkijan vai tarkkailijan. Neutraali näkökulma voi olla hyvä, varsinkin silloin kun käsitellään arkaa, vaikeatajuista tai ristiriitoja herättävää aihetta. (Rentola 2008, 95–96.)

Ohjeessa tekstin tulee edetä loogisesti. Aikajärjestys on hyvä tapa kirjoittaa: mitä tapahtuu ensin ja mitä sen jälkeen. Sairauden hoitamisesta kirjoitettaessa ensin kerrotaan mistä sairaus johtuu, mitkä ovat sen oireet ja kuinka sairaus diagnosoidaan. Ohjeen voi kirjoittaa myös tärkeysjärjestyksessä. Ensin tulee merkityksellinen osuus ja sen jälkeen vähäpätöisemmät asiat. Kun kirjoittaja valitsee ohjeensa kirjoitusjärjestyksestä, täytyy hänen pohtia, mitä tietoa lukija ohjeesta haluaa saada. (Hyvärinen 2005, 1769.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa haavanhoito – ohje, johon on kerätty tietoa tyypillisimmistä haavoista, niiden hoitamisesta sekä erilaisista käytössä olevista haavanhoitotuotteista. Lisäksi ohjeessa on tietoa haavakivun hoitamisesta sekä haavanhoidon kirjaamisesta. Tavoitteena on auttaa henkilökuntaa toteuttamaan vanhuspalveluiden asukkaalle laadukasta, oikea-aikaista, kivutonta, yhtenäistä ja taloudellista haavanhoitoa.

Opinnäytetyöllä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Millaista on hyvä haavanhoito?

Kuinka haavakipua hoidetaan?

Miten haavahoitoa tulisi kirjata?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Opinnäytetyön taustaa

Haavanhoito-ohje on tehty tehostetun palveluasumisen yksikköön. Sen henkilökuntaan kuuluu 2 sairaanhoitajaa ja 7,5 hoitajaa. Hoitajat ovat lähi- tai perushoitajia. Palvelutalossa on 19 paikkaa ja sen asukkaat ovat pääsääntöisesti muistisairaita vanhuksia. Asukkaat pyritään hoitamaan yksikössä loppuun saakka. Tästä johtuen asukkaiden toimintakyky vaihtelee omatoimisesta vanhuksesta aina vuoteeseen hoidettavaan. Haavoja on myös paljon erilaisia. Tyypillisimpiä haavoja ovat painehaavat, laskimoperäiset alaraajahaavat sekä diabeetikon jalkahaavat. Palvelutalossa haavanhoitoa toteuttavat sekä sairaanhoitajat että lähi- ja perushoitajat.

Ohje on rajattu koskemaan vain sellaisia aiheita, jotka ovat tyypillisiä vanhuksille tarjotussa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Käsiteltäviksi haavoiksi ovat valittu yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa yksikössä yleisimmät haavat: painehaava, laskimoperäinen alaraajahaava sekä diabeetikon jalkahaava.

Haavanhoitotuotteista vain ne tuotteet ovat esitelty ohjeessa, jotka ovat käytössä palvelutalossa. Ohjeessa kerrotaan tuotteen nimi vaikuttavan aineen mukaan, ei kaupanimen. Näin olleen helpottuu tuotteen valinta sen vaikutusmekanismin mukaan. Haavanhoitomenetelmistä ohjeessa on käyty läpi ainoastaan sellaiset menetelmät, joita pystytään toteuttamaan tehostetun palveluasumisen yksikössä.

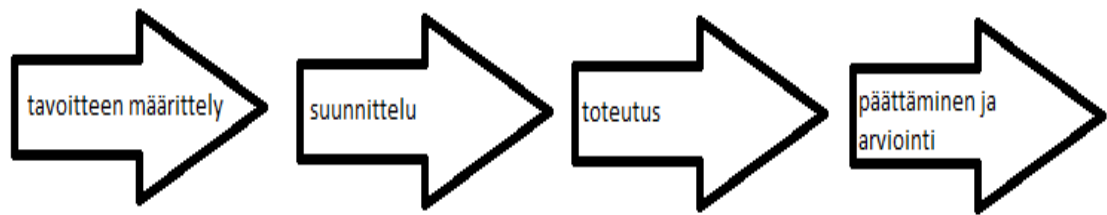
7.2 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyö perustuu **kirjallisuuskatsauksen** avulla kerättyyn näyttöön perustuvaan tietoon. Kirjallisuuskatsauksessa tietoa kerätään aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta, lehtiartikkeleista, tutkimuksista ja erilaisista julkaisuista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 121). Kirjallisuuskatsaukseen on koottu tietoa rajatulta alueelta ja yleensä kerätty aineisto vastaa johonkin tutkimuskysymykseen (Leino-Kilpi 2007, 2).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto. Siinä ei ole tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytettävä aineisto on laajaa eikä aineiston valintaa sido metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarpeen mukaan luokittelemaan kyseessä olevan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin kerättyä uusinta, näyttöön perustuvaa tietoa haavoista ja niiden hyvästä hoidosta. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytettiin opinnäytetyössä, koska aineiston valintaa eivät rajanneet mitkään metodiset säännöt.

Opinnäytetyö toteutettiin **lineaarisen mallin** mukaan. Mallissa määritellään ensin kehittämistehtävän tavoite, joka on koko projektin perusta. Sen jälkeen tehtävä suunnitellaan ja projektille laaditaan riskianalyysi. Suunnittelun tuloksena syntyy projektisuunnitelma. Toteutusvaiheessa suunnitelma elää ja siihen voidaan joutua tekemään muutoksia. Lopputuloksena syntyy suunnitelman mukainen malli, prosessi tai tuote. Lopuksi työ päätetään ja arvioidaan. Projekti tulee päättää suunnitellusti ja siihen kuuluu projektin loppuraportointi, projektiorganisaation purku sekä jatkoideoiden esittäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 64–65.)



Kuvio 3 Lineaarinen malli (Mukaillen Toikko & Rantanen 2009).

Opinnäytetyö oli projektin omainen, joten lineaarinen malli soveltui tähän tarkoitukseen hyvin. Aluksi määriteltiin tavoitteeksi henkilökunnan kehittyminen haavanhoidossa. Seuraavaksi suunniteltiin keino, millä tavoitteeseen päästään ja päädyttiin ohjeen tekemiseen. Kun tavoite ja tavoitteen saavuttamisen keino olivat selvillä, aloitettiin itse projektin toteuttaminen. Ohjeen valmistuttua, henkilökunta antoi palautteen ohjeesta ja sen sisällöstä.

7.3 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyö koostuu eri hakumenetelmillä saadusta kirjallisuudesta, mitkä parhaiten vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Aineistoa kerättiin syyskuusta 2015 kesäkuuhun 2016. Aineiston valinnassa kiinnitettiin huomiota sen tuoreuteen sekä luotettavuuteen. Luotettavuudessa huomioitiin aineiston kirjoittaja sekä se, mistä aineisto on löydetty. Ulkomaisia lähteitä ei opinnäytetyössä käytetty, koska ulkomaiset haavanhoitokäytännöt saattavat poiketa suomalaisesta käytännöstä.

Tiedonkeruun apuvälineenä käytettiin eri tietokantoja, kuten ARTO, Aleksi, Medic ja Duodecim-lääketieteen aikakauskirja. Hakusanoina käytettiin muun muassa *haavanhoito*, *haavakipu*, *rakenteellinen kirjaaminen*, *akuutti haava*, *krooninen haava*. Sisäänottokriteereitä olivat suomenkieli, julkaisuajankohta viimeisen kymmenen vuoden sisällä ja aineiston tuli vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Aineistosta poissuljettiin kaikki sellainen materiaali mikä oli yli kymmenen vuotta vanhaa, otsikon perusteella artikkeli ei ollut aiheeseen sopiva tai niistä ei ollut saatavilla kokotekstiä.

Tietokanta	Hakutulos
ARTO	3
Aleksi	31
Duodecim	41
Medic	171

Manuaalisen haun välineinä käytettiin Jyväskylän ammattikorkea koulun kirjaston Janet-kirjastoverkkoa sekä Keski-kirjastot – kirjastoverkkoa. Julkaisut valittiin nimen ja kirjottajan sekä julkaisuajankohdan mukaan. Lisäksi hakuja tehtiin Googlen avulla. Aineistoa löytyi myös sattumalta alan ammattilehtiä lukemalla. Materiaalia saatiin lisäksi eri haavanhoitotuotteiden valmistajilta sekä maahantuojilta esitteiden muodossa.

Aineiston analysoinnissa pääkysymykseksi nousi: Millaista on hyvä haavanhoito? Aineistoa läpi käytäessä opinnäytetyöhön valikoituivat sellaiset tekstit, jotka vastasivat asetettuun kysymykseen. Haavanhoito-ohjeen runkona käytettiin Vesa Juutilaisen ja Helvi Hietasen toimittamaa kirjaa Haavanhoidon periaatteet, joka on julkaistu vuonna 2013. Sen ympärille kerättiin lisää aineistoa erilaisista artikkeleista ja julkaisuista.

Haavanhoito-ohjeeseen käytetty aineisto:

Tekijät ja julkaisuvuosi	Artikkelin/teoksen nimi	Aineisto
Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007.	Hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälineenä. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty.	Hoitotyön prosessin vaiheet kirjaamisessa.
Haatainen, K. 2015.	Kirjaaminen ja potilasturvallisuus.	Dokumentoinnin merkitys osana potilasturvallisuutta.
Hietanen, H. 2009.	Diabeetikon jalkahaavat ja niiden hoito.	Kuinka diabeettiset jalkahaavat syntyvät ja kuinka niitä hoidetaan.

Hietanen, H. 2013.	Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet.	Haavojen paikallishoidossa käytettävät tuotteet niiden geneerisillä nimillä, kuinka ne vaikuttavat sekä miten ja milloin niitä käytetään.
Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012.	Hoida ja kirjaa.	Rakenteinen kirjaaminen SHTaL-, SHToL- ja SHTul-luokitusten mukaisesti.
Ilanne-Parikka, P., Rön-nemaa, T., Saha, T. & Sane, T. 2015.	Diabetes.	Mitä diabetes on ja kuinka sitä hoidetaan.
Juutilainen, V. 2016.	Diabeetikon jalkahaava.	Diabeetikon jalkahaavan määrittäminen, taustatekijät ja hoitoperiaatteet.
Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2013.	Haavainfektio ja sairaalahygieniset näkökohdat.	Kroonisten haavojen infektiot ja niiden hoito.
Korhonen, S. 2015.	Instrumenttien puhdistaminen – sairaalaosastolla ja avoterveydenhuollossa.	Haavanhoidossa käytettävien instrumenttien puhdistaminen.
Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 3.5.2016). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi	Krooninen alaraajahaava (online). Käypä hoito -suositus.	Suosituksien kroonisen alaraajahaavan diagnosoimiseen ja hoitoon.

Lahtela, J. 2009.	Miksi diabeetikon jalka haavautuu?	Diabeettisen jalkahaavan määrittäminen IWGDF:n mukaan sekä syitä jalkahaavan syntymiselle.
Lindholm, G. 2015.	Aseptinen hoitotyö ja haavanhoidossa käytettävät suojaimet.	Työvaatteiden ja suojainten käyttäminen aseptisesti haavanhoidossa.
Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2015 (viitattu 5.6.2016). Saatavilla: www.hotus.fi .	Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä.	Suositus painehaavan ehkäisemiseen sekä kuinka painehaava tunnistetaan.
Salanterä, S. & Daniels-Ojala, R. 2011.	Akuutti haavakipu.	Mitä haavakipua on, mistä kipua johtuu, kuinka sitä voidaan tunnistaa ja miten sitä hoidetaan.
Sane, T. 2013.	Diabeetikon jalkahaava.	Diabeettisen jalkahaavan määrittäminen, epidemiologia, diagnostiikka ja luokittelu, ennaltaehkäisy ja hoito.
Vikatmaa, P. 2012.	Laskimoperäinen säärihaava.	Laskimoperäisen alaraajahaavan diagnosointi, etiologia ja hoito.
Vikatmaa, P. 2013.	Verenkiertoperäinen alaraajahaava.	Kroonisen alaraajahaavan synty, diagnosointi ja luokittelu, ennaltaehkäisy ja hoito.

7.4 Opinnäytetyön eteneminen

Syksyllä 2015 tutustuttiin palvelutaloon, mihin ohjetta oltiin tekemässä. Palvelutalon hoitajien kanssa keskusteltiin siitä, millaisia toiveita heillä on haavanhoito-ohjeen suhteen. Hoitajat toivoivat, että ohjeessa on kerrottu palvelutalon asukkaiden tyypillisimmistä haavoista (laskimoperäinen alaraajahaava, painehaava sekä diabeettinen jalkahaava), niiden hoitamisesta eri vaiheissa sekä käytettävissä olevista haavanhoitotuotteista. Suurimpana kysymyksenä nousi esille se, että mitä tuotetta milloinkin laitetaan. Haavanhoitotuotteet toivottiin esiteltävän geneerisen nimen mukaan, jotta haavaa hoidettaessa olisi helpompaa valita oikea tuote. Tietoa haluttiin myös haavanhoidon kirjaamisesta sekä haavakivun hoitamisesta.

Palvelutaloon tutustumisen jälkeen selvitettiin, mitä haavanhoitotuotteita on käytössä alueen hoitotarvikejakelussa. Kun käytettävissä olevat tuotteet olivat selvillä, otettiin yhteyttä eri haavanhoitotuotteita valmistaviin yrityksiin sekä tuotteiden maahantuojiin. Heiltä saatiin runsaasti esitteitä ja näytteitä. Esitteistä kansioon valikoituivat kaikki ne tuote-esitteet, mitkä ovat käytössä tehostetun palveluasumisen yksikössä.

Seuraavaksi pohdittiin kolme tärkeintä tutkimuskysymystä ja näiden pohjalta alettiin etsimään tutkittua tietoa opinnäytetyön teoriaosuutta ja haavanhoito-ohjetta varten. Talven ja kevään aikana työstiin samanaikaisesti sekä ohjetta että teoriaosuutta. Kun haavanhoito-ohje oli valmis, osa palvelutalon hoitajista luki ohjeen läpi ja he antoivat kirjallisen palautteen ohjeesta. Saadun palautteen avulla tehtiin vielä muutoksia ohjeeseen, jotta se vastaisi hyvin heidän tarpeisiinsa.

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa haavanhoito – ohje (Liite 1), johon oli kerätty tietoa tyypillisimmistä haavoista, niiden hoitamisesta sekä erilaisista käytössä olevista haavanhoitotuotteista. Lisäksi ohjeessa oli tietoa haavakivun hoitamisesta sekä haavanhoidon kirjaamisesta. Tavoitteena oli auttaa henkilökuntaa toteuttamaan

vanhuspalveluiden asukkaalle laadukasta, oikea-aikaista, kivutonta, yhtenäistä ja taloudellista haavanhoitoa.

8.1 Tutkimustulokset

Palvelutalon hoitajien kanssa yhdessä pohdittiin, mitä tietoa he haluavat ohjeeseen. Kirjallisuuden avulla kerättiin materiaalia teoriaosuuteen ja eri haavanhoitotuotteiden valmistajilta saatiin tarkemmat tiedot tuotteista ja niiden käytöstä esitteiden muodossa. Ohjeelle oli tarvetta, koska yhtenäisiä hoitokäytänteitä ei ollut ja käytössä olevat haavanhoitotuotteet eivät kaikki olleet tuttuja henkilökunnalle. Aikaisemmin tuotteista oli puhuttu niiden kauppanimillä, mutta ohjeen myötä myös geneeriset nimet tulivat tutuiksi.

Ohjeen valmistuttua henkilökunnalta kysyttiin sen toimivuudesta. Koettiin, että teoriaosuutta oli paljon, mutta tieto erittäin tarpeellista. Parannusehdotukseksi ehdotettiin, että loppuun voisi tehdä taulukon, johon olisi koottu ennaltaehkäisy ja hoitotiiviisti ranskalaisin viivoin. Tämä muutos tehtiin varsinaiseen ohjeeseen. Osahenkilökunnasta olisi halunnut ohjeessa olevan haavanhoito alusta loppuun. Nyt keskityttiin enemmän oikean tuotteen valintaan. Jotta ohje palvelisi paremmin tarkoitustaan, lisättiin siihen vielä perustietoa haavojen hoitamisesta.

Hyvän ohjeen merkinä pidetään sitä, että se palvelee tiettyä henkilökuntaa ja sen potilaita (Torkkola ym. 2002, 34–35). Tässä työssä siinä onnistuttiin, koska henkilökunta sai esittää toiveet ohjeen sisällöstä. Suunnitteluvaiheessa ei kuitenkaan otettu huomioon sitä, mitä he jo tiesivät. Ohjeesta olisi voinut tämän tiedon perusteella jättää jo tiedossa olevia asioita pois ja lisätä sellaista, mistä tietoa oli vähemmän.

Ohjeen kielenä käytettiin selkeää yleissuomea. Tällä pyrittiin siihen, että teksti on ymmärrettävää ja helppolukuista. Haavanhoidon perusohjeessa puolestaan teksti kohdennettiin lukijalle ja auktoriteetin näkökulmasta. Tällä haettiin tietoisesti, ehkä hiukan riskillä, käskevää sävyä. Tämä lähestymistapa koettiin kuitenkin hyvänä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä olivat: millaista on hyvä haavanhoito, kuinka haavakipua hoidetaan ja miten haavahoitoa tulisi kirjata? Näihin kaikkiin kysymyksiin saatiin hyvin vastaukset kirjallisuuden perusteella. Hyvään haavanhoitoon kuuluu ensisijaisesti ennaltaehkäisy. Tällä on suuri merkitys niin yksilön kuin yhteiskunnankin kannalta. Ihmisen elämänlaatu paranee, kun hänelle ei tule hoidettavaa haavaa. Haavojen syntymisen ehkäisyllä on puolestaan yhteiskunnalle taloudellinen merkitys. Hyvässä haavanhoidossa hoitaja osaa tunnistaa haavan ja sen paranemisen vaiheet sekä osaa valita oikean haavanhoitotuotteen oikeaan aikaan. Lisäksi hän tietää, että haavanhoito on kokonaisuus. Siihen vaikuttaa myös ihmisen perussairaudet ja ravitsemus. Haavakivunhoidossa tärkeimmäksi tekijäksi nousi kivun tunnistaminen ja kuinka sitä voidaan poistaa sekä lääkkeettömien hoitojen että lääkkeiden avulla. Kirjaamisen merkitys nousi erityisesti hoidon jatkuvuuden kannalta. Yhtenäiset kirjaimiskäytännöt helpottavat hoitotyötä.

8.2 Eettisyys ja luotattavuus

Tutkimuksen eettisyys on kaikista tärkein seikka tieteellisessä toiminnassa. Tutkimusetiikka on normatiivista etikkaa. Siinä pyritään vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Opinnäytetyö tehtiin noudattaen hyviä tieteellisiä käytänteitä. Näitä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Lisäksi tutkija antaa arvoa muiden tutkijoiden työlle ja saavutuksille asianmukaisella tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 24.)

Aineistona käytettiin mahdollisimman tuoretta, tutkittua tietoa. Poissulkukriteerinä oli, että aineiston tuli olla alle 10 vuotta vanhaa. Lähteinä käytettiin tunnettujen suomalaisten alan asiantuntijoiden tekstejä. Aineistoa haettiin vain luotettavista, tiedonhakuun tarkoitetuista tietokannoista.

8.3 Jatkokehittäminen

Haavanhoitoa on tutkittu paljon ja koko ajan tutkitaan lisää. Tuotteita kehitetään jatkuvasti lisää ja uusia hoitomenetelmiä otetaan käyttöön. Toisinaan palataan takaisin siihen vanhaan, hyvään käytäntöön.

Jatkotutkimusaiheita nousi työn edetessä useita. Nyt käsiteltiin vain kroonisia haavoja ja niistäkin vain kolmea yleisimpää. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia akuuttien tai traumaattisten haavojen hoitoa. Myös leikkaushaavan hoito ja siihen liittyvät komplikaatiot herättivät kiinnostusta.

Infektoituneen haavanhoitaminen on haasteellista. Hyvin usein rinnalla on antibioottihoito. Tutkittavaa olisi myös tällä saralla. Kuinka usein käytetään turhaan antibioottia? Voiko infektion saada kuriin ilman antibioottia?

Kiinnostavaa olisi myös tarkastella vanhojen haavanhoitomenetelmien toteuttamista nykypäivänä. Esimerkiksi kuinka tomusokeripastaa käytetään kroonisen haavan hoidossa.

Lähteet

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälineenä. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10, 8.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma-Pro.

Ensio, A. 2015. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen – 10 ensimmäistä kehitysvuotta. Haava 3, 9.

Haatainen, K. 2015. Kirjaaminen ja potilasturvallisuus. Haava 3, 11.

Hietanen, H. 2009. Diabeetikon jalkahaavat ja niiden hoito. Haava 1, 10.

Hietanen, H. 2013. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2013. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja 16, 1769.

Iivanainen, A. 2010. Päätoimittaja palsta: Krooninen haava on ollut avoinna yli neljä viikkoa. Haava 3, 6.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: SanomaPro.

Ihon rakenne. 2015. Peda.net yleinen lisenssi. Viitattu 4.4.2016.

<https://peda.net/kannus/jvk/oppiaineet2/biologia2/9-lk-biologia/ihminen/taudinaiheuttajat>

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, T. & Sane, T. 2015. Diabetes. Tampere: Tammerprint Oy.

Juutilainen, V. 2013. Haava yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Juutilainen, V. 2016. Diabeetikon jalkahaava. Haava 2, 23.

Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2013. Haavainfektio ja sairaalahygieeniset näkökohdat. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.

Kinnunen, U-M. 2015. Kirjaamisen merkitys potilaan hoidossa ja potilasturvallisuudessa. Haava 3, 7.

Korhonen, A. 2012. Haavan hoidon peruseriaatteen. Haava 2, 18.

Korhonen, S. 2015. Instrumenttien puhdistaminen – sairaalaosastolla ja avoterveydenhuollossa. Haava 1, 40.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Krooninen alaraajahaava (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 3.5.2016). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Lagus, H. 2013. Ihon rakenne ja tehtävät. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Lagus, H. 2013. Haavan paraneminen. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Lahtela, J. 2010. Miksi diabeetikon jalka haavautuu? Haava 3, 15.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2012. Anatomia ja fysiologia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lindholm, G. 2015. Aseptinen hoitotyö ja haavanhoidossa käytettävät suojaimet. Haava 1, 18.

Malmgren, K. & Kontinen, V. 2013. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2015 (viitattu 5.6.2016). Saatavilla: www.hotus.fi.

Rentola, M. 2008. Hyvä opas. Teoksessa Tieto kirjaksi. Toim. Jussila, R., Ojanen, E. & Tuominen, T.

Salanterä, S. & Danielsson-Ojala, R. 2011. Akuutti haavakipu. Kipuviesti 1, 30.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 11.4.2016. http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Soppi, E. 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja 3, 261.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Tuuliranta, M. 2013. Kroonisen haavan mekaaninen ja kirurginen puhdistus. Haava 3, 6-8.

Vikatmaa, P. 2013. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Vikatmaa, P. 2012. Laskimoperäinen säärihaava. Haava 4, 6-7.

Liitteet

Liite 2. Haavanhoito-ohje

Kroonisen haavan hoito

Painehaava

Painehaava syntyy usein muiden sairauksien tai niiden hoitamiseen liittyvistä komplikaatioista. Tietyssä määrin painahaavojen esiintymistä voidaan pitää hoidon laadun mittarina. Erityisesti akuutin sairauden tai vamman vuoksi vuodepotilaaksi joutuneet henkilöt ovat alttiita painehaavoille. Painehaavat syntyvät yleisimmin kehon painuessa makuu- tai istuinalustaan tai liikkumisen apuvälineeseen. Myös muu ulkoinen tekijä voi aiheuttaa kudosisaurion. Yli puolet haavoista syntyy lantion alueelle: ristiselkä, istuinkyhmyt ja lonkat. Kolmannes sijaitsee alaraajoissa, erityisesti kantapäissä. Epätavallisia sijaintipaikkoja ovat kasvot ja yläraajat. Näihin liittyy usein äkillinen sairauskohtaus, jonka vuoksi henkilö on joutunut makaamaan samassa asennossa kovalla lattialla useiden tuntien ajan. Painehaavan syntyyn tarvitaan aina jokin paikallinen mekaaninen tekijä, kuten paine, kitka tai kudoksen venyminen luisen ulokkeen kohdalla. Ihon kosteudella ja henkilön yksilöllisellä alttiudella on myös merkitystä kudosisaurion syntymisessä.

Mitä pienemmälle pinta-alalle paine kohdistuu, sitä suurempi on kudokseen kohdistuva kontaktipaine. Ihon alla luinen tukiranka on epätasainen ja tästä johtuen aiheuttaa paineen jakautumisen epätasaisesti. Siksi painehuiput kohdistuvat luisten ulokkeiden kohdalle. Paineen vaikutuksesta kudosis puristuu kasaan ja sen sisällä syntyy sivusuuntaisia venyttäviä voimia, muodostuu kudosisaurio. Kun paine ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen, kudokseen syntyy hapenpuutteesta johtuva kuolio. Hoitotyössä on hyvä huomioida, että kipsit, ortoosit, drenit, nenämahaletkut, sängyn päädyt ja reunat sekä pyörätuolin selkänöja ja jalkalaudat voivat aiheuttaa painevaurion.

Asukkaan siirtely vuoteessa hinaamalla tai vetämällä aiheuttaa patjan ja ihon välillä kitkaa. Kitka pyrkii jarruttamaan liikettä, jolloin ihon alaisessa kudoksessa tapahtuu venymistä. Iho myös hankautuu ja rikkoutuu. Toinen tilanne, missä kitkaa syntyy, on kun sängyn päätyä nostetaan ylös. Tällöin keho pyrkii valumaan kohti jalkopäätä. Mitä suurempi kitka on ihon ja kontaktipinnan välillä, sitä voimakkaampaa on ihonalaisten kudosten venyminen. Kitkakertoimeen vaikuttavat myös asukkaan vaatteet, kontaktipinnan materiaali sekä ihon kosteus.

Ihon ollessa pitkään kostea, se vettyy ja suojaava pintarakenne heikkenee. Iho altistuu haavaumille ja infektioille. Lisäksi kostea iho lisää kitkan vaikutusta. Liiallinen kosteus voi johtua hikoilusta ja haavaeritteistä. Kosteusongelmaa voivat pahentaa hiostavat vaatteet, haavasidokset ja patja- tai vuodevaatemateriaalit. Inkontinenssi-potilailla riski ihon vaurioitumiseen on suuri. Virtsassa ja ulosteessa on paljon ihoa voimakkaasti ärsyttäviä kemikaaleja.

Painehaavat luokitellaan neljään eri syvyysluokkaan:

I asteen painehaavassa iho on ehjä ja se punoittaa. Punoitus ei kuitenkaan vaalene ja se sijaitsee luisen ulokkeen kohdalla. Alue on kivulias, kiinteä ja pehmeä. Punoittava kohta voi olla lämpimämpi tai viileämpi kuin ympärillä oleva iho. Punoitus on uhka tai merkki tulevasta painehaavasta.

II asteen painehaavassa iholla on pinnallinen haava, joka ulottuu epidermikseen ja dermikseen. Haavan pohja on joko vaaleanpunainen tai punainen. Siinä ei ole katetta. II asteen painehaavaumassa iho voi olla myös ehjä, mutta sen alla on kudoksetta tai verensekaista nestettä muodostaen rakkulan.

III asteen painehaavassa vaurio läpäisee koko ihon, rasva voi olla näkyvässä. Haava voi olla katteinen ja siinä saattaa olla haavataskuja ja onkaloitumista. Haavan syvyys riippuu sen anatomisesta sijainnista. Alueilla, joissa on vähän rasvakudosta, haavat ovat matalia, kun taas runsaasti rasvaa sisältävissä kohdissa haava voi olla huomattavan syvä.

IV asteen painehaava ulottuu ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpi. Lihas, jänne, luu tai nivel on esillä tai sen voi tuntea. Usein näissä haavoissa on haavataskuja ja onkaloita sekä katetta tai nekroosia.

Ennaltaehkäisy

Tärkein painehaavojen ehkäisykeinon on paineen poistaminen. Painetta voidaan poistaa keventämällä tai jakamalla paineen kohdistumista pienelle alueella asennonvaihdolla ja tukipinnoilla (patjat, päällyspatjat, istuinalustat, kevennystyyny). Jos

potilaan asentoa ei pystytä vaihtamaan, käyttöön otetaan painetta jakava makuualusta. Asentohoidolla pyritään vähentämään tai jakamaan kudoksiin kohdistuvaa painetta. Painehaavan syntyä voidaan myös ennaltaehkäistä, mikäli havaitaan asukkaan yksilölliset painehaavariskit jo varhain. Painehaavariskiä voi kartoittaa esimerkiksi Braden asteikolla.

Painehaavariskissä olevan potilaan ihon kuntoa tulee arvioida päivittäin. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää, mikäli potilaalla on virtsan- ja/tai ulosteen pidätyskyvyttömyyttä, lääkinnällinen laite tai hänen liikuntakykynsä on alentunut. Iho tulee pitää puhtaana ja kosteustasapaino normaalina. Pidätyskyvyttömyyden hallinnalla saadaan vähentää riskiä painehaavan syntymiselle. On myös tärkeää huomioida, miten potilaan makuu- tai istuinalusta vaikuttaa ihon kosteuden ja lämpötilan kanssa. Liika lämpö heikentää paineensietokykyä ja kosteus vaurioittaa ihoa.

Potilaan ravitsemustilaa tulee arvioida luotettavalla seulontamenetelmällä. Tällaisia ovat esimerkiksi NRS 2002 tai MNA-menetelmä. Arviointi tulee tehdä kaikille sellaisille potilaille, joilla on painehaavariski tai terveydentilassa tapahtuu merkittävä muutos. Painehaavan ennaltaehkäisyssä energian, proteiinin, arginiinin sekä hivenaineiden saanti ravinnosta on kaikista tärkeintä. Lisäksi tulee huolehtia, että potilas saa riittävästi nesteitä. Tarvittaessa ravitsemusta voi täydentää kliinisillä täydennysravintovalmisteilla.

Hoito

Painehaavan hoito perustuu ensisijaisesti paineen poistamiseen. Lisäksi arvioidaan asukkaan yleiskunto, ravitsemus ja perussairaudet. Perussairauksien tulisi olla hyvässä hoidossa, jotta haavakin pääsisi paranemaan kunnolla.

Puhdas haava

I asteen painehaava on puhdas haava, koska siinä iho ei ole mennyt rikki. Ihoa suojataan hankaukselta ja kosteudelta. Suojaksi voi laittaa haavakalvoa tai ohuen hydro-

kolloidilevyn. Ihon muutoksia seurataan päivittäin. Rasvaus tapahtuu kevyesti taputteleamalla, punoittavan alueen hieromista tulee välttää.

II asteen puhdas painehaava hoidetaan kuten epitelisoituva haava. Haavaa suihkutellaan puhtaalla, kädenlämpöisellä vedellä noin 1-5 minuuttia. Suihkutuksen jälkeen haava hoidetaan välittömästi, jotta se ei pääse jäähtymään. Puhtaan haava päälle laitetaan hydrokolloidi- tai polyuretaanivaahtolevy. Paksuus sen mukaan, mitä haava erittää. Ympäröivä iho tulee suojata kosteudelta esimerkiksi Cavilon®-suihketta.

III- ja IV asteen painehaavassa on yleensä katetta ja nekroosia. Nämä täytyy saada poistettua, jotta haava pääsee paranemaan. Haava puhdistetaan aluksi suihkuttelemalla. Sen jälkeen siitä poistetaan kate ja nekroosi joko mekaanisesti tai autolyytisesti. Mekaanisesti puhdistettaessa käytetään apuvälineinä saksia, veistä, atuloita ja kyrettiä. Hydrogeeli lisää kosteutta haavalla ja näin ollen mahdollistaa autolyyttisen puhdistumisen. Ympäröivä iho suojataan kosteudelta. Lisäksi on huolehdittava, että paljaana oleva jänne tai luu pysyy kosteana. Paikallishoitona käytetään hydrofiber-sidoksia, hydrogeeliä, hydrofobisia sidoksia sekä alginaatteja.

Infektoitunut haava

Infektoituneen haavan hoidossa käytetään hyvin usein antibiootteja paikallishoidon rinnalla. Paikallishoitona käytetään hydrofiber-sidoksia, alginaatteja, hunajavalmisteita, pihkavalmisteita sekä hopeasidoksia. Infektoitunut haava suihkutetaan ja siitä poistetaan kate mekaanisesti.

Laskimoperäinen alaraajahaava

Laskimoperäisen alaraajahaavan synty johtuu pinnallisten laskimoiden vajaatoiminnasta. Vajaatoiminta aiheuttaa laskimopaineen kohoamista mikä puolestaan johtaa säären turvotukseen, ihon venymiseen, ihon ja ihonalaisen rasvakudoksen kovettumiseen sekä lopulta haavaan. Laskimoiden läpät ovat vaurioituneet jolloin syntyy veren takaisinvirtaus eli laskimorefluksi.

Laskimoperäinen alaraajahaava sijaitsee useimmiten säären alakolmanneksen alueella. Haava on pinnallinen eikä se ulotu luuhun tai jännteisiin. Haavapohja on granuloiva eikä siihen liity nekroosia. Haavan koko ja muoto vaihtelevat.

Ennaltaehkäisy

Turvotuksen hoidolla pystytään hyvin ehkäisemään laskimoperäisen alaraajahaavan syntyä. Tähän hyvänä keinona ovat kompressiosidokset tai lääkinälliset tukisukat. Säännöllisen liikunnan avulla pystytään vahvistamaan heikentynyttä pohjelihaspumpua. Alaraajan nostaminen sydämen tason yläpuolelle helpottaa turvotusta ja vähentää laskimopainetta. Kohoasentoa suositellaan käytettäväksi useita kertoja päivässä. Raajoihin kohdistuvia vammoja tulee välttää. Sukat ja kengät tulee valita niin, että ne eivät purista eikä hankaa. Ihon kunnosta tulee huolehtia riittävällä hygienialla. Näin vähennetään vaaraa saada bakteeri- tai sieni-infektio. Säännöllinen rasvaus ihotyypille sopivalla perusvoiteella pitää jalkojen ihon kunnossa. Tarvittaessa käytetään kortisonivoiteita

Laskimoperäisen alaraajahaavan ennaltaehkäisy perustuu riskitekijöiden hallintaan. Haava syntyy usein laskimoiden vajaatoiminnan seurauksena. Vajaatoimintaa voidaan hoitaa joko kirurgisesti, jolloin pintalaskimot poistetaan tai konservatiivisesti kompressiohoidolla. Kompressio- eli puristushoidossa jalat joko sidotaan tarkoituksenmukaisilla sidoksilla tai käytetään lääkinällisiä hoitosukkia. Kompressiohoidon tarkoituksena on ehkäistä turvotusta. Hyvä laskimotukoksen ennaltaehkäisy vähentää osaltaan myös laskimoperäisen alaraajahaavan syntyä. Tukosten ehkäisyyn käytetään lääkinällisiä menetelmiä. Ylipainoisilla riski laskimoiden vajaatoimintaan kasvaa. Laihduttaminen auttaa tämän riskitekijän hallinnassa.

Hoito

Laskimoperäisen alaraajahaavan hoidossa tärkeintä on saada turvotus vähenemään, haavaeritys pieneksi sekä estää haavan infektoituminen.

Puhdas haava

Puhdas haava hoidetaan kuten II asteen painehaavauma. Ensin suihkutellaan 1-5 minuuttia kädenlämpöisellä vedellä. Sen jälkeen kate poistetaan mekaanisesti. Nekroosia laskimoperäisissä alaraajahaavoissa ei yleensä ole. Myös entsyymaattisia valmisteita voidaan käyttää katteen puhdistamiseen. Koska haava usein erittää runsaasti, tulee ympäröivä iho suojata huolellisesti kosteudelta.

Infektoitunut haava

Infektoitunut haava suihkutetaan ja puhdistetaan mekaanisesti. Hoitoväli riippuu infektion vaikeusasteesta, yleensä aluksi 1-2 kertaa päivässä. Haavanhoidossa käytetään hopea-, pihka- ja hunajatuotteita.

Diabeetikon jalkahaava

Jalkahaavana pidetään kaikkia ihon läpäiseviä, nilkan alapuolella sijaitsevia haavoja sellaisilla henkilöillä, jotka sairastavat diabetesta. Usein diabetekseen liittyy perifeerinen neuropatia sekä alaraajan verenkiertosaigus. Tästä syystä jalkaan tulevan trauman seurauksena syntyy usein vaikeasti paraneva haava. Diabetes aiheuttaa myös suurentuneen riskin haavan infektoitumiselle, joka puolestaan voi johtaa jalan amputaatioon. Haavan paranemiseen vaikuttavat systeemiset ja paikalliset tekijät. Systeemisiä tekijöitä ovat hyperglykemia, perifeerinen neuropatia sekä perifeerinen verenkiertosaigus. Paikallisia tekijöitä ovat puolestaan kudoksen huono hapetus, toistuva trauma ja haavassa oleva kuollut kudos.

Ennaltaehkäisy

Diabeetikon jalkahaavan ennaltaehkäisyssä jalkojen omahoito on ensiarvoisen tärkeää. Omahoitoon kuuluu jalkahygienia, jalkavoimistelu sekä oikeanlaiset kengät ja sukat. Jalat pestään joka ilta joko pelkällä vedellä tai miedolla saippualla ja kuivataan huolellisesti. Kuivaamisen jälkeen jalat rasvataan neutraalilla perusvoiteella hieromalla erityisesti ongelmakohtiin. Varpaankynnet leikataan kahden viikon välein. Kyn-

siä ei saa leikata liian lyhyiksi. Jalkavoimistelulla lisätään jalkaterän pikkulihasten voimaa ja ylläpidetään nivelten liikkuvuutta. Hyviä liikkeitä ovat muun muassa nilkan koukistaminen ja ojentaminen sekä varpaiden harittäminen.

Jalkojen ihon kuntoa tulee seurata päivittäin. Erityisesti silloin, jos jalkojen verenkierto on heikentynyt, jalat ovat tunnottomat tai niissä on virheasento. Seurannan tarkoituksena on varmistaa, että jalkoihin ei ole tullut haavaa, rakkuloita, ihonsisäisiä verenvuotoja tai tulehdusta.

Kenkien valinnassa on kiinnitettävä huomiota siihen, että kengät eivät ole liian ahtaita. Sopiva pituus on 1,0–1,5 cm jalkaterää isompi ja leveys joko varpaiden kohdalta yhtä leveä tai korkeintaan 1,0 cm isompi. Kengänpohjan tulee olla paksuudeltaan noin 2,0 cm, tukeva, mutta kuitenkin tarpeeksi joustava. Sukkien puolestaan tulee olla täysin sopivia. Ne eivät voi olla liian pieniä tai liian suuria. Liian pienet sukat kiristävät ja liian suuret puolestaan menevät ryppyyn ja aiheuttavat herkästi rakkoja. Sukan resori ei saa kiristää. Materiaaliltaan sukan tulee olla hengittävä ja pehmeä. Sukissa ei saa myöskään olla paksuja saumoja sisäpinnalla.

Hoito

Diabeetikon jalkahaavan hoito perustuu luontaisen paranemisen edistämiseen. Haavaan kohdistuva paine poistetaan, parannetaan verenkiertoa jalassa ja puhdistetaan haavaa. Usein kiinnitetään liiaksi huomiota haavanhoitotuotteisiin, kun pitäisi keskittyä kuormitusta poistaviin ja verenkiertoa lisääviin toimenpiteisiin. Kevennyshoitona on lepo, askelten välttäminen ja kyynärsauvojen käyttö. Näillä keinoilla saadaan poistettua painetta haavalta.

Puhdas haava

Puhdas haava suihkutetaan kuten muutkin haavat. Sidoksina tulisi käyttää sellaisia tuotteita, jotka eivät vahingoita haavapintaa, eivät tartu haavaan ja ovat kohtuullisen hintaisia. mikäli haavan ympärillä on koettumaa, se poistetaan mekaanisesti. Myös mahdollinen kate poistetaan joko mekaanisesti tai entsyymaattisilla valmisteilla. Ent-

symaattisia valmisteita tulee kuitenkin käyttää vain rajallisen ajan, koska ne ärsyttävät haavaa. Haava tulee myös pitää kosteana, mutta haavanhoitotuote ei saa hautoa. Puhtaan haavan hoitoon käy samat tuotteet kuin muihinkin kroonisiin haavoihin. Ainoastaan hydrokolloidi ei sovi diabeetikolle.

Infektoitunut haava

Infektoituneen haavanhoidossa käytetään märkäbakteereihin suunnattuja antibiootteja. Hoito on kuten muissakin infektoituneissa haavoissa. Ensin suihkuttelu ja sitten kate poistetaan mekaanisesti. Haavanhoitotuotteeksi sopivat hopeasidokset, hunaja- ja pihkavalmisteet. Hunajavalmisteita käytettäessä kannattaa seurata verensokeriarvoja.

Haavasidokset

Hydrofiber-sidokset (Aquacel™)

Hydrofiber-sidos geeliiytyy erittävässä haavassa. Se pitää haavan kosteana ja puhdistaa haavaa lukitsemalla eritteen ja sen mukana tulevat bakteerit itseensä. Sidos imee nopeasti itseensä eritettä ja se muotoutuu hyvin haavojen pintaa vasten. Näin haavan ja sidoksen väliin ei jää kuollutta tilaa.

Sidosta voidaan käyttää kaikissa erittävissä haavoissa. Levystä leikataan haavan kokoinen pala ja päälle laitetaan sopiva päällyssidos. Kun hydrofiber-sidokseen on lisätty hopeaa, sitä voidaan käyttää myös infektoituneissa haavoissa. Mikäli haavan reunat ovat maseroituneet, voidaan päälle laittaa kuiva hydrofiber-sidos, joka imee ylimääräisen kosteuden itseensä.

Sidos tulee vaihtaa 3-5 päivän välein, päällyssidosta voidaan vaihtaa tarvittaessa useamminkin.

Hydrogeeli (Purilon®Gel)

Hydrogeeli puhdistaa haavaa autolyttisesti kosteuttamalla haavaa. Geelin luoma kosteus puhdistaa haavaa pehmentämällä nekroosia ja fibriinikatetta.

Hydrogeeliä käytetään kuivien ja vähän erittävien haavojen sekä luun ja janteen kosteana pitämiseen. Geeli tehtävänä on irrottaa nekroottista kudosta ja fibriinikatetta. Sitä voidaan käyttää myös voidemaisesti rupeutuneen ja hilsehtivän halkeilevan tai vetistävän ihon hoitoon.

Geeliä voidaan käyttää kahdella eri tavalla. Sitä joko puristetaan suoraan haavan keskelle ja levitetään lähes haavan reunoihin asti ja peitetään sopivalla sidoksella tai mikäli haava on epätasainen pohjaltaan, voidaan geeli imeyttää harso- tai kuitukaaseen. Taitos laitetaan möyhennettynä suoraan haavalle hieman haavaa pienempänä. Hydrogeeliä voidaan käyttää myös onkaloiden hoitamiseen. Tällöin geeliä puristetaan onkaloon vähän sen reunojen alapuolelle saakka. Pälle voidaan laittaa esimerkiksi läpinäkyvä haavakalvo. Sidoksen vaihtoväli on 1-3 päivää. Näitä tuotteita ei tule käyttää infektoituneissa haavoissa.

Hydrokolloidi (DuoDERM® E, Comfeel®, Cutinova*Hydro®)

Hydrokolloidien tehtävänä on imeä itseensä haavaeriteitä. Ominaista tällaiselle levyllä on se, että levy geeliiytyy hyytelömäiseksi eritteen ja lämmön vaikutuksesta. Levyn pintakerroksena on haavakalvo, joka pitää haavan sopivan kosteana eikä päästä eritettä tulemaan sidoksen läpi. Hydrokolloidi-levy suojaa uudiskudosta ja edistää fibriinikudoksen ja nekroosin irtoamista. Haavalevyn läpi voi myös seurata erityksen määrää.

Hydrokolloidi-levy sopii epitelisoivien ja granuloivien sekä fibriinikatteisten vähän tai kohtalaisesti erittävien haavojen hoitoon. Ne myös suojaavat hiertymiä ja nirhaumia. Infektoituneisiin haavoihin tai sellaisiin haavoihin, joissa on suuri infektio-riski, hydrokolloideja ei tule käyttää. Levy ei päästä bakteereja lävitseen, joten riski bakteerikasvulle on lisääntynyt. Runsaasti erittävien haavojen hoidossa käytettynä tuote edistää haitallisen hypergranulaation kasvua.

Haavalevyä voidaan leikata sopivan kokoiseksi. Levy saa mennä noin 3 cm haavan reunojen yli. Levy vaihdetaan 3-7 päivän välein tai silloin kun sidos on täynnä eritettä.

Hydrofobinen sidos (Sorbact®)

Kun sidos on kosketuksessa haavaan, bakteerit ja hiivasienet tarttuvat kosteassa ympäristössä toisiinsa tiukasti kiinni ja tarttuvat haavasidokseen. Iso osa bakteereista ja hiivasienistä poistuu haavasta sidoksen mukana.

Hydrofobinen sidos sopii kohtalaisesti ja vähän erittävien sekä puhtaiden että infektoituneiden haavojen hoitoon. Sidoksessa ei ole toksisia ainesosia, joten sille ei voi kehittyä resistenssiä. Sidos on yleensä kangasta, eikä se ime eritettä kovinkaan hyvin. Siksi haavaa ympäröivä iho tulee suojata hyvin. Mikäli haava on kuiva, voidaan hydrofobinen sidos kostuttaa hydrogeelillä.

Sidosta on saatavilla myös onkaloon sopivana nauhana ja syviin haavoihin käytettävänä sykeröinä. Näiden päälle voidaan laittaa toissijainen tuote imemään eritettä.

Polyuretaanivaahtosidos (Biatain®, Mepilex®)

Polyuretaanivaahtosidos on tarkoitettu runsaasti erittävien haavojen hoitoon. Erite imeytyy sidokseen kohtisuoraan ylöspäin ja sidos lukitsee sen itseensä. Näin ollen erite ei jää haavaympäristöön. Kuivien ja vähän erittävien haavojen hoidossa polyuretaanisidos on huono valinta, koska se tarttuu tiukasti haavan pintaan kiinni.

Näitä tuotteita käytetään erityisesti paine-, sääri- ja jalkahaavoissa. Niitä voidaan käyttää tukisidosten alla sekä vaurioituneen haavaympäristön päällä. Sidos tulee vaihtaa 3-5 päivän välein sekä silloin, kun haavasidos on täyttynyt eritteestä. Vaahtosidos ei pysty imemään veristä eritettä.

Silikonikäsitelty haavakalvo (Mepore®Film)

Haavakalvo on hengittävää ja se läpäisee vesihöyryä, happea ja hiilidioksidia. Sen tehtävänä on suojata haavaa ulkoapäin tulevilta mikrobeilta sekä kosteudelta. Kalvo on läpinäkyvää ja joustavaa. Sen läpi on helppo tarkkailla haavan kuntoa ja sitä voidaan pitää paikoillaan useita päiviä jopa runsaat kaksi viikkoa. Jotta kalvo pysyy hyvin

paikoillaan liimansa ansiosta, tulee se kiinnittää kuivaan ihoon. Se asetetaan huolellisesti haavan päälle. Mikäli tuotetta venyttää, aiheuttaa se rakkuloiden syntymistä iholle.

Haavakalvoa käytetään vähän erittävien puhtaiden pinnallisten haavojen hoitoon. Kalvoa voidaan käyttää myös pinnallisen painehaavanhoitoon. Haavakalvoa käytetään myös estämään kosteaa kompressiota kuivumiselta. Infektoituneeseen haavaan sitä ei saa laittaa.

Alginaatit (Melgisorb®)

Alginaattisidos aktivoituu vasta silloin kun haavaerite imeytyy kuituihin. Sidos muuttuu pehmeäksi, kosteaksi geeliksi, joka kosteuttaa haavaa ja luo siten hyvän parane-
misympäristön. Alginaatit imevät nopeasti eritettä ja geeliytyminen estää eritteen leviämistä haavan reunojen yli.

Alginaatteja käytetään runsaasti tai kohtalaisesti erittävien, kroonisten haavojen hoi-
tamiseen. alginaattilevystä leikataan vain haavan kokoinen pala. Ne eivät sovellu kui-
vien ja vähän erittävien haavojen hoitoon tarttuvuuden vuoksi eikä myöskään luiden
ja jänneiden päälle ilman kostutusta. Mikäli tuote tarttuu haavaan kiinni, tulee se
poistaa kostuttamalla.

Hopeasidokset (Aquacel™Ag)

Hopea yhdistettynä erilaisiin sidoksiin puhdistaa haavaa. Toimiakseen, se tarvitsee
erittävän haavan tai sitten se on kostutettava vedellä tai keittosuolaliuoksella. Hopea
estää bakteerikasvua ja se tappaa hiivasieniä, homesieniä sekä bakteereja, myös
MRSA:ta ja VRE:tä.

Tuotetta käytetään infektoituneen haavan hoitoon ja infektion ehkäisyyn kontami-
noituneessa haavassa. Hopeasidosta suositellaan käytettäväksi useita päiviä. Sen
aktiivisuus voi kestää jopa 7 vuorokautta. Hoidossa tulee aina huomioida hopea-
allergia.

Hunajavalmisteet (Mesitran®)

Hunajavalmisteet toimivat antibakteerisina, anti-inflammatorisina ja hajua poistavina tuotteina. Lisäksi ne muodostavat haavan paranemiselle suotuisan kostean ympäristön. Hunaja muodostaa haavan pinnalle viskoosikalvon, jonka läpi muut patogeenit eivät pääse. Sen puhdistava vaikutus perustuu osmoosiin. Tämän vuoksi esimerkiksi bakteerit ”kuivuvat”. Hunajan on todettu tehoavan myös MRSA:han, hiivaan sekä E. coli -bakteeriin.

Tuotteet soveltuvat pinnallisten, syvien ja infektoituneiden haavojen hoitoon. Hunaja sopii myös diabeetikon haavojen hoitoon, mutta tuolloin on syytä seurata verensokeriarvoja normaalia useammin. Hunaja pehmittää nopeasti kuivunutta katetta ja nekroosia.

Hunajalla hoidettaessa haavan erityis lisääntyy. Ympäröivää ihoa tuleekin suojata huolellisesti. mikäli haavaa ympäröivä iho maseroituu, tulee hoitomuoto vaihtaa toiseen. Hunajasidosta ei myöskään saa peittää kalvolla.

Aluksi sidoksia vaihdetaan päivittäin, mutta kun haava on puhdistunut, sidoksia vaihdetaan 2-5 vuorokauden välein.

Pihkavoide (Abilar®)

Pihkavoide sopii hyvin kaikenlaisiin avoimiin haavoihin. Sitä käytetään myös infektoituneiden, kontaminoituneiden ja nekroottisten haavojen hoitoon. Erityisesti pihkaa käytetään ihonirhaumien, haavojen ja palovammojen sekä painehaavojen hoitoon. Pihkalla on bakteerien ja sienten kasvua estävä vaikutus.

Pihkavoidetta laitetaan suoraan haavalle tai se imeytetään esimerkiksi kuivaan taitokseen ja se peitetään hengittävällä sidoksella. Haava hoidetaan 1-3 kertaa vuorokaudessa.

Verkkosidokset (Jelonet®, Mepitel®)

Verkkosidoksen tehtävänä on päästää haavaerite hyvin läpi ja estää imevää sidosta tarttumasta haavaan.. Se laitetaan suoraan haavalle ja päälle laitetaan jokin imevä sidos.

Ihonsuojakalvo (Cavilon®)

Tarkoituksena on suojata ihoa kehon eritteiden aiheuttamalta ihoärsytykseltä.

Kivunhoito

Kipu haavassa on osa normaalia haavan paranemisprosessia. Alkuvaiheessa kudosturvotus aiheuttaa kipua hermopääteiden joutuessa puristuksiin. Myös hermopäätteiden kuivuminen aiheuttaa kipua. Kipu haavassa voi olla myös merkki infektiosta tai haavatuotteen aiheuttamasta allergisesta reaktiosta. Kipua saattaa aiheuttaa myös liian tiukka sidos tai esimerkiksi liian kireällä olevat ompeleet.

Käsittelykipua aiheutuu haavan hoitaminen. Kipua aiheuttaa mekaaninen puhdistaminen sekä haavaan kiinni tarttuneet sidokset, jos ne poistetaan ilman kostuttamista. Kivun lisäksi aiheutuu myös terveeseen ihon rikkoutumista. Myös haavan puhdistuksessa käytettävät antiseptiset ja entsyymaattiset aineet saattavat aiheuttaa kirvelyä ja kipua.

Lähtökohta kivun arvioinnissa on aina potilaan oma näkemys kivusta. Hoitajan tehtävänä on selvittää kivun sijainti, ajankohta sekä voimakkuus. Kivun arvioinnin apuvälineenä voidaan käyttää mittareita, joilla kipua voidaan luotettavasti mitata. Mittarit ovat joko visuaalisia, numeerisia tai sanallisia. Kipumittari valitaan sen mukaan miten potilas kykenee kipuaan arvioimaan.

Haavakipua hoidetaan pääsääntöisesti lääkkeiden avulla. Tavoitteena on, että kivunhoito on systemaattista ja suunnitelmallista. Lisäksi tarkoituksena on poistaa ahdistusta ja pelkoa sekä vähentää kivun aiheuttamia fysiologisia seuraamuksia, kuten verenpaineen nousua.

Kivunhoidossa on myös tärkeää luoda potilasta tukeva ilmapiiri. Potilasta ja hänen omaisiaan kuunnellaan ja keskustellaan avoimesti kivusta ja sen syistä sekä hoitomahdollisuuksista. Kipua lievittää myös se, että haavanhoitotilanteessa tehdään rauhallinen

Kirjaaminen

Rakenteisessa kirjaamisessa haavanhoito kirjataan Kudoseheys komponentin alle:

Pääluokka:

Krooninen haava

Alaluokka:

Säärihaava

Painehaava

Infektoitunut haava

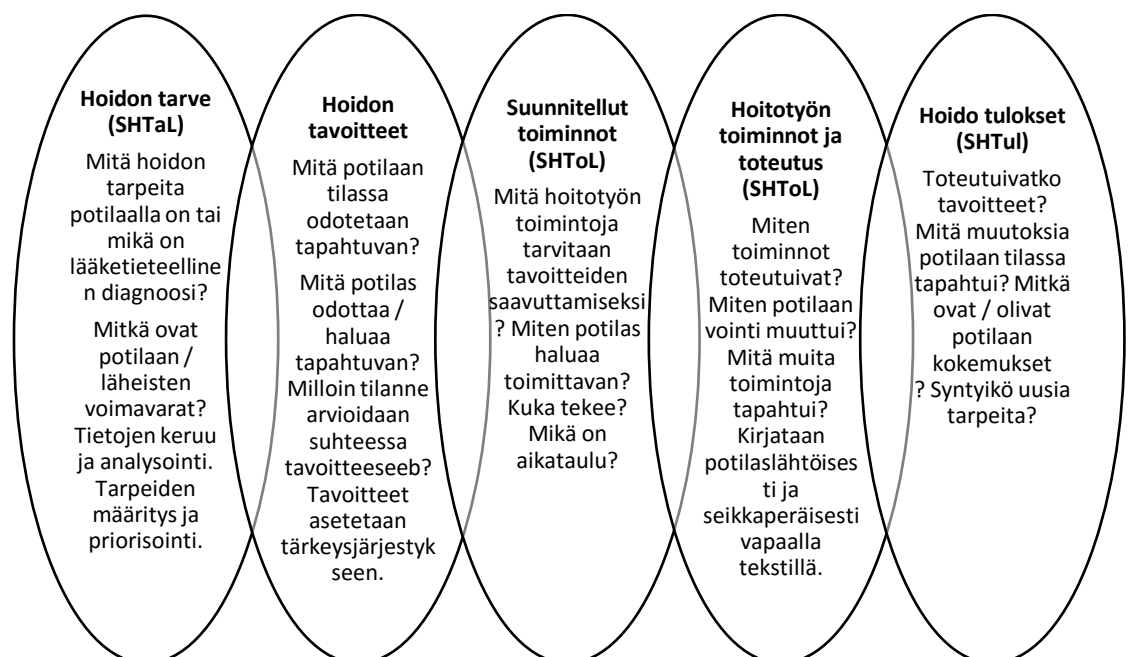
Diabeettinen jalkahaava

Haavanhoidon kirjaamisen tarkoituksena on kuvata haavan paranemisprosessia kirjallisesti tai kuvallisesti mahdollisimman tarkasti siten, että kaikkien haavan hoitamiseen osallistuvien on helppo löytää suunnitteluun ja seurantaan tarvittavat tiedot.

Kirjaamisen tulee olla jatkuvaa

Haavanhoidon laadukas ja oikea-aikainen kirjaaminen kuuluu osaksi potilasturvallisuutta. Kirjaamisen merkitys korostuu erityisesti siinä vaiheessa, kun hoitovastuu siirtyy ammattilaiselta toiselle. Kirjaaminen on myös osa hiljaista raportointia. Riittämätön, virheellinen ja väärään aikaan tehty kirjaus, kirjaamattomuus sekä tiedon siirtymättömyys vaarantavat potilasturvallisuutta.

Kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessin mukaisesti oheista kaaviota hyödyntäen:



Esimerkki kroonisen haavan rakenteisesta kirjaamisesta:

Esitiedot:

- Kerrotaan asukkaasta
- Kuvaillaan miltä haava näyttää
- Kuinka kauan haavaa on hoidettu
- Mitä haavanhoitotuotetta on käytetty
-

Hoidon tarve:

- Selvitetään, minkälaisesta haavasta on kyse (painehaava, laskimoperäinen alaraajahaava, diabeetikon jalkahaava)
-

Hoidon tavoite:

- Mihin haavanhoidolla pyritään
- Mitä keinoja on käytetty, jotta tavoite saavutettaisiin
-

Hoitotyön toiminnot:

- Eritteen määrä, laatu ja haju
- Haavaympäristön kunto
- Kuinka haavaa hoidettiin
- Asukkaalle annetut omahoito-ohjeet
-

Hoidon tulokset

- Miltä haava näyttää aikaisempaan hoitokertaan verrattuna
- Mitä ongelmia hoidossa oli
- Kuinka jatkossa hoidetaan

Sanasto

dermis = verinahka

epidermis = orvaskesi

fibriinikate = keltainen kate haavan pinnalla

nekroosi = musta ja kuiva kate haavan pinnalla

epitelisoiva = vaaleanpunainen, uudistuva iho

granuloiva = punainen, jyväkudosta muodostava iho

perifeerinen neuropatia = ääreishermoston vaurio

	Ennaltaehkäisy	Puhdas haava	Infektoitunut haava
Painehaava	<ul style="list-style-type: none"> *paineen poisto *asentohoito *tukipinnat *ravitsemus *nesteet *painehaavariski *ihon kunto 	<ul style="list-style-type: none"> *suihkutus 1-5 min *mekaaninen, entsy-maattinen/ autolyytti-nen puhdistus *haavakalvo *hydrokolloidilevy *polyuretaanivahto-levy *hydrogeeli *alginaatit *hydrofobiset sidokset *hydrofiber-sidokset 	<ul style="list-style-type: none"> *suihkutus 1-5min *mekaaninen tai entsyymaattinen puhdistus *antibiootit *hopeasidokset *hunajavalmisteet *pihkavalmisteet *hydrofiber-sidokset *alginaatit
Laskimoperäinen alaraajahaava	<ul style="list-style-type: none"> *turvotuksen poisto *riskitekijöiden hal-linta *kompressiosidokset *lääkinnälliset tuki-sukat 	<ul style="list-style-type: none"> *suihkutus 1-5min *mekaaninen tai entsy-maattinen puhdistus 	<ul style="list-style-type: none"> *suihkutus 1-5min *mekaaninen tai entsyymaattinen puhdistus *antibiootit *hunajavalmisteet *hopeasidokset *pihkavalmisteet
Diabeetikon jalkahaava	<ul style="list-style-type: none"> *hyvä sokeritasa-paino *kenkien ja sukkien valinta *omahoito *ihon kunto 	<ul style="list-style-type: none"> *suihkutus 1-5min *mekaaninen tai entsy-maattinen puhdistus *kuormituksen poisto *polyuretaanivahto-levy *hydrogeeli *alginaatit *hydrofobiset sidokset *hydrofiber-sidokset 	<ul style="list-style-type: none"> *suihkutus 1-5min *mekaaninen tai entsyymaattinen puhdistus *antibiootit *hunajavalmisteet *hopeasidokset *pihkavalmisteet

Perusohje haavanhoitamiseen:

1. Valmistele asukas haavanhoitoon.
2. Valmistele tila, missä hoito tapahtuu. Ikkunat ja ovi on kiinni toimenpidettä tehtäessä. Kesällä huolehdittava, että pöytätuuletin ei ole hoidon aikana päällä. Näin ollen poistetaan turha ilmavirta huoneesta eikä huoneessa oleva pöly pääse haavaan. Haavaa ei saa hoitaa kosteissa tiloissa (kylpyhuone). Varaa lähettyville roskakori ja käsien desinfiointiaine sekä paketti tehdaspuhtaita käsineitä.
3. Hae tarvittavat välineet ja hoitotuotteet tarvikevarastosta. Huoneeseen ei saa tuoda kuin maksimissaan yhden päivän aikana käytettävät tarvikkeet. Haavanhoitotuotteet eivät saa olla asukkaan kaapeissa/laatikoissa pölyyntymässä ja likaantumassa. Vaikka tuote olisi avaamattomassa paketissa, pöly laskeutuu paketin päälle ja avattaessa pöly pöllähtää itse haavanhoitotuotteeseen.
4. Suojaa itsesi. Haavan hoitamisessa tulee käyttää tehdaspuhtaita käsineitä sekä kertakäyttöistä esiliinaa. Suojaaminen tapahtuu tilassa, missä haavan hoitaminen suoritetaan. Muista myös, että haavaa hoitavalla ei ole pitkiä kynsiä, sormuksia, kelloja, irtoripsiä, geeli-/rakennekynsiä. Vaihda käsineitä ja desinfioi käsiäsi hoidon aikana usein!
5. Poista sidokset haavalta juuri ennen hoidon aloittamista. On tärkeää, että haava ei pääse jäähtymään. Huomioi myös, että kuivat sidokset eivät saa vahingoittaa tervettä ihoa tai aiheuttaa kipua asukkaalle. Mikäli tuote on juuttunut haavaan kiinni, tulee irrottaminen tapahtua vedellä tai keittosuolalla. Muista samalla arvioida, ovatko sidokset imeneet hyvin eritettä, onko sidos pysynyt paikoillaan, onko sidos tarttunut kiinni haavaan, millainen on ympäröivän ihon kunto, tuleeeko haavasta hajua ja minkä väristä erite on. Likaiset sidokset laitetaan suoraan roskakoriin, niitä ei saa jättää sänkyyn tai lattialle.
6. Tarvittaessa puuduta haava. Huomioi puudutteen vaikutusaika!
7. Puhdista haava. Haava puhdistetaan ensisijaisesti suihkuttamalla 1-5 minuuttia kädenlämpöisellä kraanavedellä. Olosuhteiden pakosta voidaan myös kaataa runsaasti vettä haavalle. Keittosuolalla huuhdellaan vain alle vuorokauden ikäisiä leikkaushaavoja tai jos kyseessä on avoin niveliin, sisäelimiin tai hermostoon saakka ylettyvä haava. Keittosuolaliuosta käytettäessä on myös

huomioitava se, että liuos on lämmitettävä ennen käyttöä. Suihkutuksen jälkeen haava kuivataan taitoksella kevyesti taputtelemalla.

8. Poista mahdollisimman huolellisesti kuollut kudosa haavasta. Kuollut kudosa on hyvä kasvualusta bakteereille. Kuolleen kudoksen poistamiseen voi käyttää kauhaa, atuloita, kirurgin veistä, kyrettiä, saksia.
9. Suojaa ympäröivä iho kosteudelta. Vettyminen saattaa aiheuttaa haavan suurenemisen sekä haavaympäristön rikkoutumisen. Kipu ja turvotus ovat myös merkkejä ympäröivän ihon liiallisesta kostumisesta. Iholle voi laittaa joko sinkkipitoista emulsiovoidetta tai ihonhoitosuihketta tai – voidetta (esim. Cavilon®). Varo kuitenkin hoitoaineiden joutumista haavaan. Vältä öljyjä. Öljyt voivat osittain vaikuttaa hoitotuotteen vaikuttavan aineen vapautumiseen ja heikentää sitä. Kostumista voi myös ehkäistä valitsemalla sellaisen hoitotuotteen, mikä imee eritettä nopeasti ja haavasta ylöspäin. Sidokset vaihdetaan heti, kun niissä ei ole enää imukykyä jäljellä. Inkontinenssialueella huolehditaan, että ulkoapäin tuleva kosteus ei pääse sidoksiin.
10. Valitse haavaan sopiva hoitotuote. Tutustu huolella varastosta löytyviin hoitotuotteisiin!
 - Epitelisoituva haava: haavaan tarttumaton sidos, silikonipintainen verkko-levy tai ohut vaahtosidos
 - Granuloiva haava: ohut/paksu polyuretaanivaahtolevy, hydrokolloidit, hunaja tai pihka + vaahtolevy. Sidoksen oltava puoliläpäisevä
 - Fibriinipeitteinen haava: ohut/paksu vaahtolevy, hunaja, pihka, hydrogeeli
 - Nekroottinen haava: hunaja, hydrogeeli, hengittävät sidokset
 - Infektoitunut haava: hopeatuotteet, hunaja, pihka, biofilmiin vaikuttavat tuotteet, hydrofobiset tuotteet, hydrofiber- ja alginaattisidokset

Tuotetta valittaessa on huomioitava haavan erityisyydet. Hunajaa, pihkaa ja hopeatuotteita ei voi käyttää kuin maksimissaan kahden viikon ajan, menettävät tehonsa tuossa ajassa.
11. Poista suojaimet. Suojaimet poistetaan siinä tilassa, missä haavan hoitaminen on tapahtunut.
12. Siivoa jälkesi. Roskat vieään roskeen ja käytetyt välineet puhdistetaan seuraavaa käyttöä varten. Välineitä ei saa laittaa suoraan Dekoon vaan ne pitää esipestä ensin. Dekotetut välineet kuivataan huolellisesti ja laitetaan niille tar-

koitettuun paikkaan. Huomioitavaa on, että Dekotettuja välineitä ei voi käyttää kaikille asukkaille vaan ne ovat henkilökohtaisia. Välineet tulee laittaa puhdistuksen ja kuivauksen jälkeen asukkaalle varattuun henkilökohtaiseen laatikkoon, missä ne pysyvät puhtaina seuraavaa käyttökertaa varten. Mikäli samoja välineitä käytetään kaikille, ne tulee steriloida aina käytön jälkeen joko välinehuollossa tai keittämällä noin 10 minuutin ajan vedessä.

13. Kirjaa haavanhoito Mediatrille. Kerro minkä näköinen haava on, onko hajua, minkä verran eritettä, minkä väristä eritettä, mittaa haava tarvittaessa, miltä ympäröivä iho näyttää. Selvitä, miten olet haavaa hoitanut ja minkälaisia hoitavia tuotteita olet haavaan laittanut. Muista, että arvio haavasta tehdään vasta huolellisen puhdistuksen jälkeen.
14. Tee haavanhoidosta toisille työntekijöille ohjeistus ja huolehdi, että se on aina ajantasainen.
15. Muuta muistettavaa:
 - Kivunhoito: Haavan hoitaminen saattaa aiheuttaa asukkaalle käsittelykipua. Tästä syystä sidokset poistetaan mahdollisimman hellävaraisesti ja ennen mekaanista puhdistamista puudutetaan hoidettava alue. Mikäli kipua esiintyy vielä tunnin kuluessa itse hoitamisesta, voidaan epäillä haavanhoitotuotteen aiheuttavan kipua. Haavakipua hoidetaan yleensä lääkkeillä.
 - Ravitsemus: Riittävä energian saanti on olennaista, energiamäärää tulisi kasvattaa siten, että asukas saa energiaa vuorokaudessa 35-40kcal/kg. Hiilihydraatit, proteiinit ja rasvat ovat hyviä energianlähteitä. Lisäksi on huolehdittava vitamiinin ja hivenaineiden saannista. Esimerkiksi C-, A-, K-, E- ja B-vitamiinit, sinkki, rauta, kupari sekä magnesium ovat tärkeitä haavan paranemisessa.
 - Bakteerinäytettä ei oteta haavasta automaattisesti. Näyte otetaan vasta silloin, kun on selkeät tulehduksen merkit. Näyte otetaan puhtaasta haavasta.
 - Ennaltaehkäisy: Uhka haavasta tulisi havaita tarpeeksi ajoissa. Näitä uhkia ovat esimerkiksi känsä diabeetikon jalassa, punoitus häntäluun seutuvilla vuodepotilaalla, turvonneessa jalassa pieni ihorikko. Hyvä asentohoito on meillä kaiken a ja o.

Lähteet:

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälineenä. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10, 8.

Haatainen, K. 2015. Kirjaaminen ja potilasturvallisuus. Haava 3, 11.

Hietanen, H. 2009. Diabeetikon jalkahaavat ja niiden hoito. Haava 1, 10.

Hietanen, H. 2013. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: SanomaPro.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, T. & Sane, T. 2015. Diabetes. Tampere: Tammerprint Oy.

Juutilainen, V. 2016. Diabeetikon jalkahaava. Haava 2, 23.

Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2013. Haavainfektio ja sairaalahygieniset näkökohdat. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Korhonen, S. 2015. Instrumenttien puhdistaminen – sairaalaosastolla ja avoterveydenhuollossa. Haava 1, 40.

Krooninen alaraajahaava (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 3.5.2016). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Lahtela, J. 2010. Miksi diabeetikon jalka haavautuu? Haava 3, 15.

Lindholm, G. 2015. Aseptinen hoitotyö ja haavanhoidossa käytettävät suojaimet. Haava 1, 18.

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2015 (viitattu 5.6.2016). Saatavilla: www.hotus.fi.

Salanterä, S. & Danielsson-Ojala, R. 2011. Akuutti haavakipu. Kipuviesti 1, 30.

Sane, T. 2013. Diabeetikon jalkahaava. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.

Vikatmaa, P. 2012. Laskimoperäinen säärihaava. Haava 4, 6-7.

Vikatmaa, P. 2013. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H.